CONHECIMENTO, INOVAÇÃO E COMUNICAÇÃO

em Serviços de Saúde

Francisco José Aragão Pedroza Cunha
Cristiane Pinheiro Lázaro
Hernane Borges de Barros Pereira
(Organizadores)

CONHECIMENTO, INOVAÇÃO E COMUNICAÇÃO *em Serviços de Saúde*

Salvador, Rio de Janeiro
Edufba | Editora Fiocruz
2014

Grafia atualizada conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, em vigor no Brasil desde 2009.

Capa e Projeto Gráfico
Amanda Lauton Carrilho

Normalização
Taise Oliveira Santos

Revisão
Lucas Guimarães Pacheco

Sistema de Bibliotecas - UFBA

Conhecimento, inovação e comunicação em serviços de saúde / Francisco José Aragão Pedroza Cunha, Cristiane Pinheiro Lázaro, Hernane Borges de Barros Pereira (Orgs.) e apresentação; prefácio, Carlos Augusto Grabois Gadelha. - Salvador : EDUFBA, Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2014.
240 p.

Conferências e palestras apresentadas no I CIC SAÚDE BRASIL realizado no IFBA nos dias 6 e 7 de junho de 2013 em Salvador, Bahia.
ISBN 978-85-232-1111-0

1. Serviços de saúde - Brasil - Administração. 2. Saúde pública - Brasil. 3. Inovações tecnológicas. 4. Gestão do conhecimento. 5. Comunicação. 6. Ciência da Informação. I. Cunha, Francisco José Aragão Pedroza. II. Lázaro, Cristiane Pinheiro. III. Pereira, Hernane Borges de Barros. IV. Gadelha, Carlos Augusto Grabois.

CDD - 362.1068

Editoras filiadas à

SUMÁRIO

PREFÁCIO

O tema deste livro, originado de um amplo e profundo debate de atores do mundo acadêmico e da gestão em saúde, insere-se como um dos grandes desafios da sociedade contemporânea e para o contexto do Brasil, em especial.

O assunto tratado em sua dimensão técnico-científica, referente ao conhecimento, à inovação e à comunicação em serviços de saúde, de fato, remete para os grandes empecilhos enfrentados por países como o Brasil que, ao mesmo tempo, procuram "acertar as suas dívidas" com um passado de desigualdade e "enfrentar o futuro" da sociedade do conhecimento, em meio a um processo assimétrico de globalização que recoloca a desigualdade em novas bases.

Mais do que a questão técnica e gerencial do uso dos sistemas de informação para as redes de serviços em saúde, coloca-se a questão tradicional da economia política de quem detém o poder sobre o conhecimento e de como esse poder é exercido na perspectiva da construção de um sistema de saúde universal, integral e equânime – objetivos estes fruto do pacto social constitucional vigente no Brasil. Ou seja, ao tratar do conhecimento, da inovação e da comunicação em um contexto

institucional específico – os serviços de saúde – a técnica e a gestão são problematizadas pelo próprio contexto político e social que se quer construir.

Esta certamente é a grande riqueza e contribuição, a um só tempo, epistemológica, política e gerencial, que este livro traz para o debate, mesmo que de modo implícito na leitura da proposta de seus organizadores e das contribuições que constam dos diferentes capítulos.

Os serviços de saúde, sob uma perspectiva sistêmica, constituem o espaço concreto social onde se realizam os conhecimentos e as inovações em saúde. É na constituição das redes de atenção, em seus diferentes níveis de complexidade e de intervenção na sociedade, que os resultados das pesquisas, das inovações institucionais e gerenciais, das inovações tecnológicas incorporadas a novos bens e serviços se realizam, sendo o ponto de chegada de uma verdadeira trama social que envolve o Estado, o mercado e os atores sociais que forçosamente tem que interagir implícita ou explicitamente (pesquisadores, gestores do SUS, categorias profissionais, empresas e representantes do poder executivo e legislativo).

Duas questões essenciais, sob essa perspectiva, permeiam toda discussão. Primeiro, quem gera e qual o grau de autonomia existente nos sistemas de informação, que hoje talvez sejam a base material essencial para a gestão de redes nacionais e locais de serviços de saúde. As informações não são neutras e o domínio social sobre sua geração e difusão é essencial para determinar sua orientação para os sistemas de saúde. A superação da perspectiva de quais "pacotes tecnológicos" devem ser adotados em favor da construção de um caminho nacional é crucial, ainda que inserido nas redes globais de conhecimento.

É desta definição que a informação pode se constituir um meio decisivo para se formar redes gerenciais que tenham um sistema universal e equânime como estratégica política ou "sistemas, máquinas e pacotes" que se voltam para resolver problemas organizacionais. Ou seja, a apropriação e a capacidade de assimilar e desenvolver inovações e conhecimentos nas tecnologias de informação

em saúde tornam-se questões centrais como meios de ruptura de um sistema de saúde ainda fragmentado e excludente, inserindo-se no processo político e social em curso de constituições de um sistema universal em um país da dimensão do Brasil, em termos territoriais e populacionais.

Segundo, o tema tratado e a visão sistêmica – que está na raiz do conceito do Complexo Econômico-Industrial da Saúde – remetem para a necessidade de superação do olhar sobre os serviços apenas como um espaço de consumo, mas sim como um espaço de geração ativa de conhecimento e de inovações, o que obriga a sair da lógica fragmentada de uma "indústria produtora" de tecnologias de informação e comunicação e de um serviço de saúde que demanda soluções técnicas para sua gestão geradas fora de seu espaço social. Os serviços conferem organicidade, ainda pouco percebida pelos agentes públicos, a todo um sistema produtivo que gera e absorve conhecimento e inovação, deixando de ser uma instância passiva e independente.

Com isto, torna-se necessário ir muito além da visão predominante sobre os serviços de saúde que normalmente restringem a questão de quem vai adquirir sistemas e "soluções" com certos atributos específicos e de sua relação com agentes "externos" públicos ou privados. No lugar desta visão, os serviços emergem como um *locus* concreto da "trama" política, social e institucional que orienta o rumo, a autonomia e o uso social da informação e das máquinas e sistemas que serão utilizados ou não em prol de um sistema universal nacional e regionalizado no Brasil.

Em síntese, este livro e as contribuições apresentadas, plurais e densas, incorporam o contexto contemporâneo e histórico do Brasil em que se trava a luta pela saúde universal no contexto tardio da construção de um Estado de Bem-Estar e luta pela soberania de quem gera, participa e orienta os conhecimentos, as inovações e as informações, contribuindo para superar as restrições provenientes de uma base técnica, política e social, que determinará os limites da

liberdade para termos um projeto nacional de desenvolvimento no qual a saúde seja parte orgânica como uma vertente crítica estruturante, sem a qual não será possível dizer que nossa sociedade, enfim, superou o atraso e se tornou civilizada.

Carlos Augusto Grabois Gadelha

Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde.
Professor e coordenador acadêmico do Mestrado de Política e Gestão de Ciência e Tecnologia em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz.

APRESENTAÇÃO

Francisco José Aragão Pedroza Cunha
Cristiane Pinheiro Lázaro
Hernane Borges de Barros Pereira

A realização deste livro é resultado de uma tese de doutorado[1] e de um seminário nacional, intitulado I CIC Saúde Brasil 2013[2] sobre os temas Conhecimento, Inovação e Comunicação em Serviços de Saúde. Esse seminário foi uma iniciativa multi-institucional, envolvendo a Universidade Federal da Bahia (UFBA), através do Grupo de Estudos de Políticas de Informação, Comunicações e Conhecimento (GEPICC) e do Programa de Pós-graduação em Ciência da Informação (PPGCI) do Instituto de Ciência da Informação (ICI), da Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar (Rede InovarH-BA) e da Escola de Administração (EA), do Programa de Pós-graduação em Difusão do Conhecimento (DMMDC) sediado na Faculdade de Educação (FACED), o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Bahia (IFBA) e a Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

O seminário foi contemplado com o apoio das chamadas MCTI/CNPq/FINEP nº 06/2012 e do Programa de Apoio a Eventos no País CAPES/DPB/PAEP. O evento contou ainda, com o apoio das seguintes organizações: a Editora da UFBA (EDUFBA), do Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE), da Universidade do

1 CUNHA, F. J. A. P. *Da adesão à participação em uma rede de hospitais como promoção da aprendizagem organizacional e da inovação gerencial:* um olhar sobre a Rede InovarH-BA. Tese de Doutorado em Difusão do Conhecimento. UFBA – Faculdade de Educação, 2012.

2 www.cicsaude2013.ici.ufba.br

Estado da Bahia (UNEB) e do Instituto Nacional de Ciência, Inovação e Tecnologia em Saúde (CITECS), vinculado ao Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da UFBA.

As discussões, debates e diálogos realizados nas dependências do IFBA nos dias 6 e 7 de junho de 2013, na cidade de Salvador, Bahia, Brasil, contribuíram para sensibilizar o público presente na adoção e na assimilação de tecnologias de gerenciamento avançado de produção, de circulação e de acesso a informações gerenciais nos serviços de atenção à saúde.

Neste contexto, o presente livro busca promover a difusão desta sensibilização e assim é organizado em três eixos temáticos. O primeiro eixo temático versa sobre políticas de informação, comunicação e inovação para os sistemas e redes de serviços em saúde e consiste nos três primeiros capítulos desta publicação. O capítulo 1 fundamenta conjeturas de transformações na governança e no padrão de gestão da Informação e Tecnologia de Informação em Saúde (ITIS). É apresentada uma análise histórico-crítica sobre a práxis contemporânea da ITIS. Ilara Hämmerli Sozzi de Moraes defende a gestão da ITIS "como uma dimensão estratégica para os sistemas de saúde universais, como o SUS". A autora conclui a sua narrativa elucidando que "os saberes e práticas da ITIS não devem se caracterizar pela canalização dos interesses privados para o interior da *res pública*, mas sim por estarem a serviço da sociedade, da justiça social e do exercício do dever do Estado brasileiro em garantir atenção integral à Saúde, com qualidade equanimemente distribuída".

No capítulo 2, Ana Celeste Indolfo enfatiza os desafios para a implementação da Lei de Acesso à Informação (LAI) no Brasil. A autora defende os serviços arquivísticos públicos estruturados e dotados de pessoas qualificadas para gerenciar os documentos, minimizando os obstáculos na efetivação da LAI entre as instâncias governamentais. Para tanto, as políticas arquivísticas nacionais carecem de transversalidade com as demais políticas públicas, em especial nas áreas de saúde, educação, meio ambiente, ciência e tecnologia. O capítulo 3

remete o leitor ao estudo sobre as interações estabelecidas na sociedade por meio de modelos comunicacionais mediados por tecnologias. Ana Valéria Mendonça contextualiza a aplicação destes modelos no âmbito da comunicação social ou comunitária, da comunicação científica e da comunicação para tomada de decisão, em particular junto ao Sistema Único de Saúde (SUS), e de suas estratégias organizativas (e.g. da Atenção Básica à Saúde como ordenadora das redes de atenção integral e da Estratégia Saúde da Família).

O segundo eixo temático deste livro, que compreende os capítulos 4, 5 e 6, trata sobre conhecimento e inovação em serviços de saúde: os serviços de atenção à saúde no Complexo Industrial da Saúde - perspectivas e limitações para uma política de inovação. No Capítulo 4, Laís Silveira Costa relata sobre a dinâmica entre os segmentos produtivos relacionados à prestação de cuidados à saúde dependente de uma relação sistêmica, caracterizando o Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS). Os autores têm por objetivo, neste texto, adensar a reflexão sobre a dinâmica inovativa dos serviços de saúde e preconizam sobre a relevância dos serviços de saúde e sobre o desconhecimento dos fatores intervenientes no progresso técnico na área de saúde para subsidiar o desenvolvimento de inovações orientadas socialmente.

No Capítulo 5, Ana Maria Malik aborda a gestão da inovação em serviços de atenção à saúde, à luz de algumas teorias de inovação utilizadas em Administração. A autora relata que neste início do século XXI os discursos são voltados para que as organizações alcancem sustentabilidade por meio do desenvolvimento de inovações. No entanto, é observado que esses discursos não foram adotados entre os sujeitos organizacionais e este cenário é considerado de difícil modificação entre as organizações de saúde, por essas serem "dependentes, simultaneamente, de capital e de trabalho". Para a autora, "só máquinas sofisticadas (ainda) não são suficientes para atingir os objetivos dessas organizações, que podem ser resumidas como pessoas cuidando de pessoas (independente daquilo que utilizem para tal)".

Marluce Maria Araújo Assis, no capítulo 6, traz uma reflexão sobre a necessidade de um diálogo construtivo entre as diferentes áreas de conhecimento do campo da saúde para tratar do tema "redes de atenção à saúde". A autora defende essa necessidade como uma forma de potencializar a dinâmica organizativa do modelo de atenção e gestão, abrangendo as relações interfederativas, interinstitucionais, intersetoriais, e entre os sujeitos sociais que operam cotidianamente a gestão e a atenção à saúde. É questionado o porquê de não operar um sistema integrado, com vários pontos de conexões por meio de uma gestão horizontal e inovadora, de serviços, práticas e sujeitos.

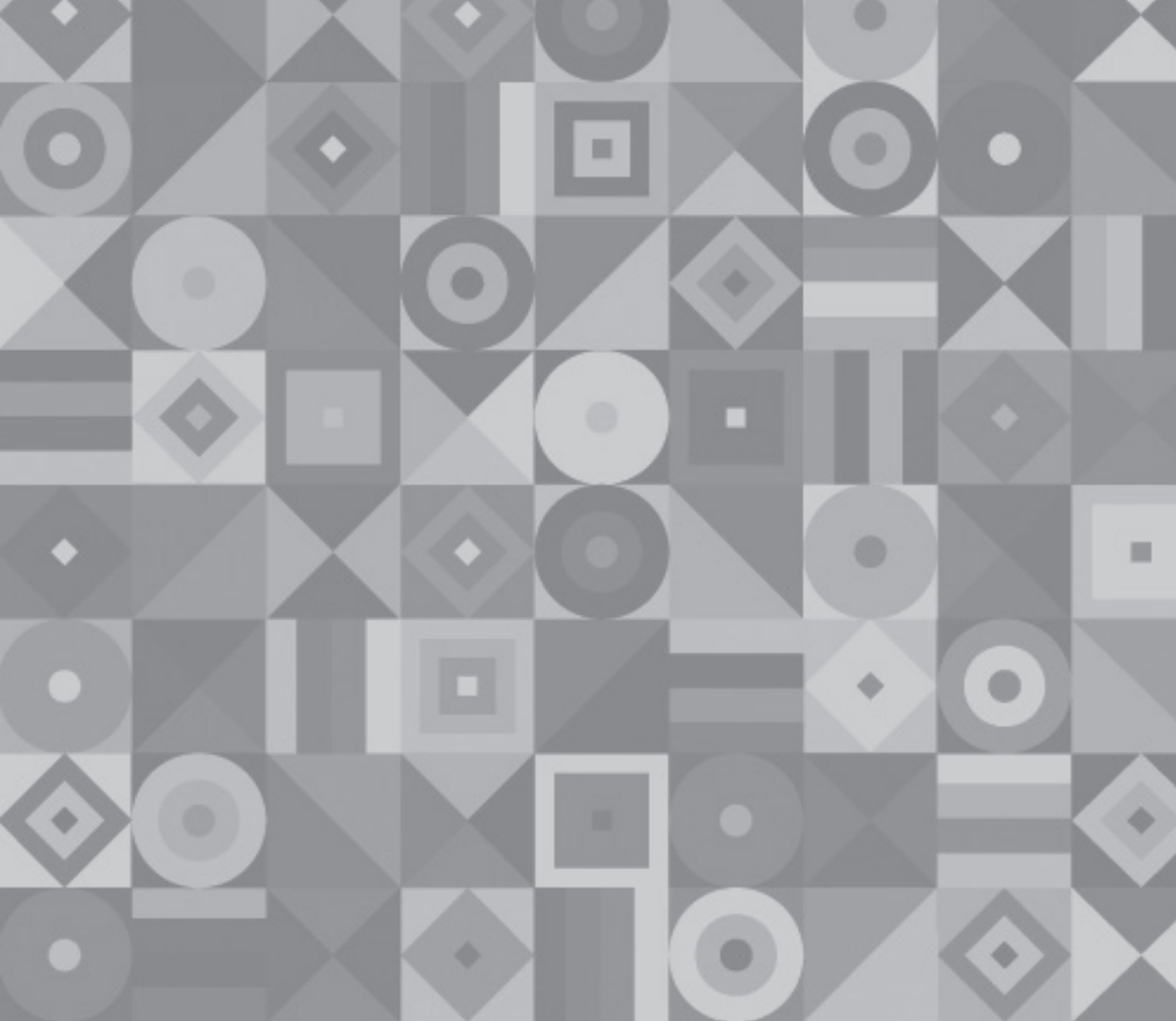
No terceiro eixo desta publicação, capítulos 7, 8 e 9, a temática versa sobre comunicação organizacional e difusão de inovações gerenciais em serviços de saúde. No capítulo 7, Sônia Maria Fleury Teixeira trata sobre as redes e a difusão de inovações e evidencia que a literatura de redes manifesta que essa tecnologia não é um processo fácil, por exigir "a compatibilização de diferentes culturas e processos em conjunto e colaborativo". O objetivo da autora é o de discutir se as redes são um arranjo institucional especialmente favorável à difusão de inovações. A autora preconiza que "a proliferação de redes de políticas tem sido explicada pelas mudanças na natureza do Estado e em sua forma de operar, em direção a um padrão mais colaborativo e um modelo de governança multissetorial e multi-institucional". Conclui que essas explicações são parciais, "pois não se podem desconhecer as transformações decorrentes de processos decisórios nas atuais sociedades do conhecimento, que impõem um novo padrão de conectividade ao processo de gestão".

Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza, no Capítulo 8, trata sobre difusão de conhecimentos e inovações em sistemas e serviços de atenção à saúde. O texto tem como objetivo traçar um panorama contemporâneo sobre os conceitos e os quadros teóricos relativos à utilização do conhecimento por gestores e à difusão de inovações na saúde. O autor espera "favorecer o diálogo entre os pesquisadores e gestores e,

em última instância, o aumento da utilização de conhecimento científico e da inovação". O autor salienta que a "utilização de conhecimento é o processo psicológico de assimilação cognitiva de uma nova informação, no plano individual, e é também a incorporação de novas práticas, derivadas de informações adquiridas, no plano organizacional. A difusão, por sua vez, é o processo pelo qual uma inovação é transmitida através de certos canais de comunicação, ao longo do tempo, entre os membros de um sistema social".

Para finalizar o terceiro eixo temático e o livro, Francisco José Aragão Pedroza Cunha, no capítulo 9, argumenta que redes de inovação são consideradas como condição necessária para a criação e a comunicação de conhecimentos entre os serviços de saúde. Para tanto, é recomendável uma gestão colaborativa, democrática e de cunho social, em razão dessas redes serem compreendidas como mecanismos de difusão de conhecimento. O autor defende que o conhecimento e a inovação são fenômenos organizativos nesta era de redes telemáticas, os quais dependem dos processos de criação, organização, gestão e difusão. Tal dependência requer dos sujeitos inseridos nas organizações de serviços de atenção a saúde um *habitus* para a difusão de conhecimentos gerados e recebidos.

Como brevemente ilustrado nesta apresentação, os capítulos constituem-se como alicerces epistemológicos, teóricos, filosóficos, políticos e sociais que fundamentam a discussão contemporânea e catalizadora dos temas conhecimento, inovação e comunicação em Serviços de Saúde. Dessa discussão, recorrente e inesgotável para as sociedades contemporâneas, faz-se uma nova ordem: a convergência dos *pluris* e dos *multis* olhares para um diálogo permanente. Assim, conclamamos os interessados pela temática conceberem, desenvolverem e difundirem as suas ideias e os seus estudos, como os organizadores e os pesquisadores/autores desta publicação fazem nesta primeira edição do CIC Saúde Brasil e deste livro.

Há de haver esforços – por parte dos sujeitos que acreditam que a saúde é um bem inalienável das sociedades democráticas – para a adoção, a assimilação e a incorporação do *habitus* da interação nos e entre os sujeitos, as organizações, as instituições do Estado Brasileiro a promoverem a Ciência, a Tecnologia, a Educação, a Comunicação e a Inovação no âmbito do SUS. Nesse sentido, espera-se que a ideia do CIC Saúde Brasil continue permanentemente entre as demais instâncias e regiões brasileiras, uma vez que os eixos temáticos apresentados neste livro não se esgotam nas páginas seguintes.

EIXO I

Políticas de informação, comunicação e inovação em serviços de sistema de saúde

GOVERNANÇA E MODELO DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO E INOVAÇÃO EM SISTEMAS E SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Ilara Hämmerli Sozzi de Moraes

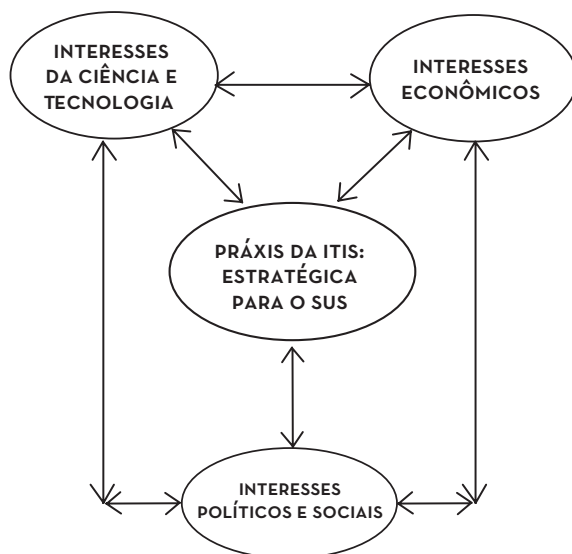
> A solução democrática está na democracia radical,
> um movimento constante de socialização da vida
> pública, um fortalecimento da condição civil,
> humanizadora, solidária, do exercício democrático.
> *Carlos Fuentes (1928-2012)*

Os atuais modelos de governança e de gestão da Informação e Tecnologias de Informação em Saúde (ITIS) atendem aos desafios contemporâneos decorrentes dos complexos processos de saúde-doença-cuidado? Refletir sobre essa questão constitui o eixo condutor deste estudo desenvolvido com o objetivo de fundamentar proposições de mudanças na governança e na gestão da ITIS vigentes.

O ponto de partida da reflexão ancora-se em análises de diferentes autores, como Vasconcellos e colaboradores (2002), Marteleto (2007), Risi Júnior (2001, 2009), Moraes e Gómez (2007a), Moraes e colaboradores (2009), Silva e Moraes (2012), que fundamentam a seguinte constatação: a atual governança da ITIS constitui um dos principais limitantes à ampliação da capacidade de resposta do Estado brasileiro frente aos problemas contemporâneos a serem superados.

Diante das demandas por melhoria da Saúde, o Ministério da Saúde anuncia, no âmbito da ITIS, iniciativas de implantação de Registro Eletrônico de Saúde/RES, na esfera do debate sobre e-Saúde; mais uma tentativa de implantação do Cartão Nacional de Saúde do Sistema Único de Saúde (Cartão SUS) e a elaboração de novo documento de Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). Como parte do esforço por compreender esse contexto e fundamentar propostas de mudanças na atual governança e gestão da ITIS, o estudo analisa (i) o papel do Estado e a relação entre o setor público e o privado; e (ii) o modelo atual de gestão da ITIS.

Antes de seguir adiante, cabe ressaltar que os termos "informação" e "tecnologia de informação em saúde" possuem diversas conotações e diferentes significados, mas, em todos, é cada vez mais difícil, na sociedade contemporânea, pensar sobre "informação" de forma desarticulada do debate das tecnologias que lhe dão suporte. Guardam suas especificidades epistêmicas e funcionais, no entanto, avançam celeremente para a confluência de saberes e práticas, constituindo faces da mesma moeda. Daí a opção, neste estudo, por trabalhar com Informação e Tecnologias de Informação em Saúde (ITIS) como um construto da atualidade.

Figura 1.

Todavia, o foco não é toda e qualquer ITIS, mas as Informações e Tecnologias da Informação em Saúde produzidas, desenvolvidas e gerenciadas pelo aparato estatal das três esferas de governo para a gestão, promoção, prevenção, atenção, vigilâncias, assistência, regulação, programas, redes, serviços, ciência e tecnologia em saúde,

bem como para o exercício do controle social e da democracia direta e participativa.

Esses são os referenciais que orientam e fundamentam as reflexões desenvolvidas neste capítulo sobre a atual práxis da Informação e Tecnologias de Informação em Saúde, trabalhada como uma dimensão estratégica em sistemas de saúde universais como o SUS, imersa em um contexto de embates de interesses econômicos, políticos, sociais e da ciência e tecnologia (Figura 1).

O PAPEL DO ESTADO E A RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO

O denominado setor saúde mobiliza, cada vez mais, um amplo sistema produtivo que responde por 9% do Produto Interno Bruto (PIB), por 10% do emprego formal qualificado e por uma atividade científica que participa com cerca de 25% das publicações nacionais. (GADELHA; COSTA, 2012) Entretanto, esse sistema produtivo não se move exatamente de acordo com os interesses da sociedade para promover, prevenir e ofertar atenção à saúde da população.

No que se refere às ações informacionais em saúde (políticas participativas), as empresas de Tecnologia da Informação (TI) e as de Telecomunicação articulam-se com o Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) em uma tendência à cartelização do mercado brasileiro de Tecnologia da Informação em Saúde (TIS) e à verticalização monopolista da cadeia produtiva nas interseções do mundo digital com o analógico na saúde. O complexo econômico de TI/Telecom avança sobre o SUS vislumbrando promissores negócios, favorecido pelo esvaziamento das instâncias públicas de ITIS, em um contexto de subfinanciamento do SUS. Por isso é essencial a afirmação constante, como Princípio, de que os saberes e práticas do campo da ITIS precisam estar a serviço da sociedade, da justiça social e do exercício do dever do Estado brasileiro em garantir atenção integral à saúde, com qualidade

equanimemente distribuída, com a primazia do interesse público. Neste sentido, vale citar Sonia Fleury (2011, p. 5):

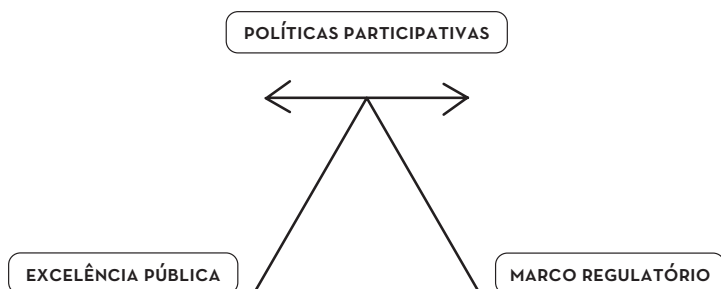
> As articulações entre público e privado já não representam enfrentamentos de interesses, representam uma canalização dos interesses privados para o interior de um sistema público que se fragiliza, por isso mesmo, cada vez mais. Hoje, ninguém quer acabar com o SUS, todos querem fortalecê-lo para tirar dele o maior proveito, sejam eles grupos empresariais, industriais, seguros, corporações, políticos, etc.

Essa dinâmica econômica *vis-à-vis* interesses políticos, sociais, científicos, tecnológicos, culturais e simbólicos tece a contextura da governança da ITIS, nas três esferas de governo, com o risco da "... subordinação da política pública aos interesses da fração hegemônica do capital em sua reprodução no setor saúde." (FLEURY, 2011) Tal tendência contribui para a continuidade de aplicação de recursos do SUS prioritariamente em processos de terceirização, de aquisição de equipamentos, tecnologias e importação de padrões proprietários distantes das diversidades culturais, regionais e institucionais brasileiras.

A quem interessa a manutenção desse *status quo* das ações informacionais em saúde? Com certeza não é à população, mas sim ao complexo econômico das tecnologias de informação em saúde formado pelas empresas pontocom, que giram seus capitais na NASDAQ e ao Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS).

Diante dos conglomerados empresariais que se formam no âmbito da TI em Saúde, é preciso atenção nas articulações entre público e privado para que não representem uma canalização dos interesses empresariais para o interior da *res publica*, reduzindo a função do SUS a um rico balcão de contratos. Não se trata aqui da superada dicotomia público *versus* privado, estatal *versus* mercado. A questão que se coloca é: qual o papel que se espera do Ministério da Saúde, das Secretarias de Estado e Municipais de Saúde nessa conjuntura?

A história do capitalismo moderno evidencia que um possível caminho virtuoso esteja na adoção, pelos gestores públicos, de políticas voltadas para o fortalecimento da excelência pública, minimizando riscos de dependências de conhecimento e de tecnologias *pari passu* dos avanços na agenda das políticas sociais e participativas. (ALBUQUERQUE, 2007) Ao se optar por esse caminho, emerge a necessidade de um novo marco regulatório que oriente tanto as responsabilidades dos gestores públicos do SUS quanto suas relações com o setor privado da ITIS. Constitui-se, assim, uma tríade (Figura 2) com potência para articular opções políticas estruturantes de um novo modelo de governança da ITIS que amplie a capacidade de resposta do Estado brasileiro nas três esferas de governo compromissadas com os interesses da população.

Figura 2.

Nesse cenário, a participação de atores sociais comprometidos com os interesses públicos em fóruns coletivos de decisão sobre ITIS torna-se estratégica, bem como o acompanhamento das iniciativas e da alocação dos recursos do SUS nas ações informacionais em saúde. No Brasil, com a promulgação pela Presidente Dilma Roussef da Lei N. 12.527/2011 – Lei de Acesso à Informação (LAI) – ampliam-se as possibilidades de um controle social sobre as ações de governo.

Essa norma legal representa um importante passo na garantia do direito universal de acesso tanto às informações coletadas pelo Estado sobre a sociedade quanto às produzidas pelo funcionamento do aparato institucional. Torna-se uma oportunidade histórica na construção da democracia no Brasil ao representar um marco na direção de um modelo de governança que assume, como obrigação, a transparência do Estado para a sociedade, reduzindo a opacidade sobre suas ações.

Contudo, cabe ressaltar que, em espaços de democracia participativa, a efetividade da LAI pressupõe a compreensão do significado/sentido das informações disponibilizadas e de suas implicações decorrentes das relações políticas e econômicas estabelecidas na governança de sua produção e disseminação, em uma dinâmica na qual não há neutralidade. (MORAES; GÓMEZ, 2007a; MORAES et al., 2009) Esse entendimento articula relações políticas à democratização de saberes, posicionando-as como requisitos para o alcance de uma Justiça Cognitiva (SANTOS, 2010) em espaços participativos de decisão acerca da ITIS e para plena utilização da LAI.

A justiça cognitiva fomenta no indivíduo a vontade de buscar o significado da informação a que tem acesso, em uma atitude de investigação reflexiva e crítica diante da vida, na qual incorpora à vivência o seu processo de liberdade cognitiva. Deixa de ser o objeto de "ações de inclusão", usuário passivo da informação disponibilizada, e se constrói como sujeito partícipe do processo de inclusão cognitiva.

Para ilustrar, cita-se estudo de Moraes e colaboradores (2009) sobre acesso/apropriação/uso da informação e das TIS no âmbito de Conselhos de Saúde que evidencia a situação desigual entre os segmentos (usuários, gestores, prestadores e trabalhadores da saúde) que os compõem. Traz à tona os limites daí decorrentes para processos deliberativos colegiados que pressupõem simetria de capacidade crítica de análise e argumentação. (MORAES et al., 2009) O enfrentamento efetivo dessa desigualdade torna-se estratégico para uma governança da ITIS que tenha compromisso com os interesses da *res publica* e com o próprio projeto democrático de país que se quer construir.

> No senso comum, a ideia de 'democratização da informação' vincula-se ao direito de acesso. Ter acesso é necessário, mas não é suficiente, pois não se democratizam as relações de poder e de produção de saber implícitas nas decisões da Política de Informação e Tecnologia de Informação em Saúde. Este é um dos caminhos para a construção de um país que tenha a coragem de superar as desigualdades existentes, concretizando a utopia da inclusão digital universal realizada, não segundo os ditames de expansão do mercado digital e do ciberespaço, mas sim que atenda a um projeto de democracia participativa e emancipador. (MORAES et al., 2009, p. 90)

A análise sobre a atual governança da ITIS confirma ser condição *sine qua non,* para a construção de um novo modelo, implementar mudanças na correlação das forças políticas prevalentes em seu interior, onde coexistem relações de poder, produção de saberes, competitividade, disputas de interesses privados, ações colaborativas e defesa de interesses públicos e coletivos. Torna-se, pois, estratégica a adoção como princípio de que o fortalecimento da excelência pública na gestão do SUS é um desafio de política de Estado, com potência para introduzir novas variáveis na correlação de forças. Nessa equação, emerge um sujeito histórico fundamental para cooperar na consolidação da *expertise* brasileira sobre ITIS: as instituições de excelência em pesquisa e ensino que optem por um trabalho cooperativo, voltado para o aprimoramento de uma inteligência pública relacionada à ITIS, nas três esferas de governo.

Há diversos exemplos que se aproximam da proposta aqui preconizada: a rede de núcleos cooperativos do Programa Genoma Humano; o Programa de Pesquisa Translacional em Doenças Negligenciadas; o Programa CNPq Institutos Nacionais de Ciência e Tecnologia. A parceria estabelecida da Petrobras com a COPPE/UFRJ, ao longo de 35 anos, que contribuiu para posicionar o Brasil na liderança mundial do domínio da inteligência de prospecção energética em águas profundas. Há também o processo liderado pelo Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais - (INPE/ MCTI), que articula desde 1986 uma rede

de Laboratórios Associados que permitiu ao Brasil autonomia na produção de informações ambientais por sensoriamento remoto, com sua disponibilização gratuita pela internet.

Nessa direção, faz-se urgente a constituição de uma Rede de Instituições de Pesquisa e Ensino em Informação e Tecnologia da Informação em Saúde voltada para um intensivo processo de interlocuções e troca de experiências, que potencialize os investimentos de fomento em Pesquisa e Desenvolvimento (P&D), constituindo massa crítica e criativa, produtora de conhecimento (teórico, conceitual, epistemológico, metodológico, tecnológico e técnico-operacional) posto a serviço do SUS, nos moldes da abordagem de pesquisa translacional. Esta rede abre a possibilidade de mobilizar e agregar saberes e práticas em torno de necessidades complexas do SUS.

Para a saúde coletiva, configura-se como um cenário promissor de maior aproximação aos complexos problemas inerentes às ações informacionais em saúde, contribuindo de forma intensiva ao agregar matrizes de conhecimento da saúde coletiva, como gestão, avaliação, prospecção, transculturalidade de práticas, padrões e protocolos internacionais de ITIS, avaliação de impactos éticos e culturais da incorporação no SUS de ações de e-Saúde.

O marco regulatório existente no Brasil pretende dar conta de diferentes dimensões relacionadas à ITIS. No entanto, a análise dos principais marcos legais referidos a direitos em saúde e ITIS do indivíduo[1] – sujeito do processo de atenção à saúde – evidenciou que se encontram dispersos pela Constituição Federal, leis, decretos, códigos de deontologias profissionais e resoluções, principalmente aqueles sobre confidencialidade, privacidade e sigilo de dados e informações na área de saúde.

1 Constituição Federal; Lei 8080/1994; Código Cível brasileiro, em seus Arts. 20 e 21; Código penal brasileiro (Arts. 153 e 154); Decreto 4.553; Conselho Nacional de Saúde (CNS), Resolução nº 01/88 resultando na resolução 196/96; Código de Ética do Conselho Federal de Medicina (CFM), Arts. 11, 70, 120, 109 e Resolução n° 1.605/2000, Resolução 1.642/2002, Resolução nº 1638/2002; Carta de Direitos e Deveres em Saúde, Portaria nº 1.820/2009 (Art. 4, III, XI, e Art. 5, II, V e VLL); Código de Defesa do Consumidor, Lei n° 8.078.

Corroborando com os resultados encontrados por Passini (2010) em estudo dedicado à Saúde Suplementar, observa-se o predomínio de uma racionalidade de relativa alienação do indivíduo sobre o emaranhado de fluxos percorridos, cruzamentos estabelecidos e usos de seus dados e informações, coletados no momento em que ocorre seu contato com as ações, serviços e profissionais de saúde. O uso intensivo das tecnologias de informação nos processos de saúde-doença-cuidado agudiza a necessidade de novos marcos éticos, políticos, jurídicos, institucionais e administrativos que consubstanciem, em seu conjunto, os limites entre a esfera pública e a esfera privada da vida que a sociedade brasileira quer estabelecer.

Já em 1981, Hannah Arendt alertava que a sociedade de massa foi absorvida por uma sociedade unitária, que uniformizou o privado e o público por meio da categoria do social. Com o avanço da TI, a esfera pessoal é subsumida nos grandes bancos e bases de dados. O indivíduo perde sua condição de sujeito nas ações informacionais desenvolvidas pelo aparato estatal. Na ITIS, ocorre o mesmo, pois não há reconhecimento de sua titularidade nas decisões relacionadas às informações individualizadas sobre sua saúde, utilizadas para atender infinitas demandas sem sua ciência e sem levar em conta sua opinião e consentimento. Considera-se que esta racionalidade prevalece no arcabouço jurídico-legal institucional no qual se insere a ITIS, espaço onde transitam os interesses coletivos de um Estado Democrático e os interesses individuais do Direito Privado. (PASSINI, 2010)

O marco regulatório brasileiro ainda engatinha na adoção do "consentimento esclarecido" sobre o destino das informações em saúde das pessoas. O desafio é consagrá-lo como um direito a ser exercido por cidadãos esclarecidos sobre as implicações do uso de suas informações, fornecidas em confiança à equipe de saúde, em geral em momentos de insegurança e vulnerabilidade, como uma internação, consulta médica ou submetendo-se a exames. A adoção no Brasil do "consentimento esclarecido" sobre a autorização de compartilhamento com o Estado das informações em saúde do indivíduo

constitui um dos principais desafios a ser considerado em um modelo de governança que se defina como democrático, o que pressupõe o direito de negar ou retirar o consentimento anterior.

MODELO DE GESTÃO DA ITIS

Nas sociedades contemporâneas, as ações informacionais em saúde constituem um dos complexos dispositivos de Estado que, segundo Moraes e Gómez (2007a):

1. repercutem nos modos de vida de indivíduos e coletivos, influenciando os sentidos e significados do binômio saúde/doença;
2. se tornam um dos fundamentos essenciais ao próprio processo de gestão em saúde, da vigilância em saúde e da assistência clínica ao indivíduo;
3. se instituem na práxis em saúde, ao mesmo tempo que são um dos instituintes do processo de trabalho, tornando-se o eixo principal para o desenvolvimento e a implementação de novas práticas e conhecimentos informacionais;
4. são espaços de relações de poder e de produção de saber, onde poder e saber coexistem como faces de uma mesma moeda.

Nesse contexto, a atual gestão da Informação e Tecnologias de Informação em Saúde no Brasil ainda se caracteriza pela pulverização de instâncias gerenciais, dispersão de recursos e paralelismo de ações. Este quadro reforça a fragmentação das informações, tanto no que se refere aos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) *in per si* quanto às "soluções informáticas" que não interoperam. Ou como descreve José Carvalheiro: "Eliminar a fragmentação em miríade de Sistemas de Informação em Saúde (SIS) amuados, que não

conversam entre si, é sensato". SIS amuados! Simplesmente preciosa tal afirmação! (MORAES; GÓMEZ, 2007b)

De fato, esta realidade é consequência de uma gestão estruturada a partir da multiplicidade de instâncias "coordenadoras" da ITIS no SUS, que reproduzem a racionalidade fragmentadora da organização do Estado brasileiro. Trata-se de um modelo de gestão que se caracteriza por ser estanque, pontual e redundante entre seus diversos setores, departamentos, coordenadorias, repartições. (MORAES, 1994)

Formalmente, uma das funções essenciais do Estado é realizar a gestão eficaz, eficiente e efetiva de suas ações, serviços e produtos visando ao benefício e melhorias na vida da população e de indivíduos. Entretanto, a análise histórico-estrutural do Estado brasileiro evidencia que este se caracteriza por atuar não de forma integrada, mas sim de forma essencialmente reativa, atomizadora e tópica, em respostas parciais/setoriais. Isso colabora para que as políticas públicas fragmentem e compartimentalizem a realidade e, ao mesmo tempo, promovam cristalizações de interesses dispersos pelos aparelhos de Estado, que se constituem em verdadeiros feudos técnicos. A estruturação do "setor saúde" e, em seu âmbito, a organização das informações em saúde refletem essa racionalidade histórica. (MORAES; GÓMEZ, 2007a)

Esse contexto, prevalente no SUS, determina que a superação da racionalidade fragmentada e fragmentadora em sua gestão transcenda soluções tais como "barramento", interoperabilidade e padronização. É óbvio que constituem iniciativas essenciais e necessárias, mas não são suficientes. Mudanças na gestão fragmentada da ITIS restritas a tecnicalidades e aos especialistas desta área temática são insuficientes para superar a histórica racionalidade de fragmentação dos dispositivos informacionais.

Essa situação é agravada pelo gradual sucateamento das instâncias de gestão da ITIS (MORAES; GÓMEZ, 2007a; RISI JUNIOR, 2006) que, dentre outra consequências, determina uma quase ausência de processos de formação permanente das equipes de ITIS no âmbito do

SUS. Tal fato fragiliza as interlocuções, atrasa a incorporação de inovações, reforça a visão reducionista, tecnicista e meramente instrumental que esvazia a potência e a função estratégica da ITIS e o desenvolvimento de propostas criativas que atendam efetivamente às demandas do SUS e da população.

O esvaziamento estrutural das instâncias de ITIS torna sua gestão vulnerável a pressões de empresas de TI em disputa pelo mercado da saúde. Esta "corrida ao tesouro" é facilitada pela separação da gestão da informação da gestão da TI, em pleno aceleramento da convergência digital. A análise de sistemas de informações e "soluções de TI" em saúde evidencia outras divisões como, por exemplo, aquela que distingue as informações ditas epidemiológicas das denominadas informações clínicas, outra falsa dicotomia histórica na Saúde. As informações sobre a saúde de um indivíduo e populações são de interesse tanto da epidemiologia quanto da clínica, o que muda é a abordagem e uso de cada um desses campos de saberes e práticas.

Em relação aos investimentos realizados nas instâncias públicas de ITIS, esses são pontuais, atomizados, planejados e executados de forma estanque, seja entre esferas de governo, seja dentro da mesma esfera. Os recursos de custeio priorizam a terceirização de serviços de TI o que agrava a ocorrência, cada vez mais comum, de *aprisionamento* (*lock-in*) de instituições públicas às empresas vencedoras das licitações. Há também os casos em que o *software* desenvolvido "passa" para o setor público, mas não os programas-fontes ou o conhecimento intangível que o orienta, obrigando as instâncias do SUS a manterem a empresa desenvolvedora contratada, por termos aditivos sem muita margem de negociação de preços, para treinamento da equipe operadora, manutenção, atualizações ou qualquer mudança que se faça necessária.

Com as justificativas de que o setor público não possui condições e/ou *expertise* e da necessidade de estimular a competitividade de empresas brasileiras (?), ampliando seu *business intelligent* (BI) privado, os recursos do SUS são canalizados para esse setor. Forma-se,

assim, um círculo vicioso com a contraface desta opção política: a ausência sistemática de ações e recursos que promovam a renovação e a qualificação continuada dos servidores que compõem as equipes de ITIS. Este direcionamento dos recursos do SUS obstaculiza o desenvolvimento do BI público, acarretando importantes lacunas de saberes e práticas, principalmente em situações nas quais a dinâmica empresarial não vislumbre como promissoras, por baixa escalabilidade e/ou pouco valor econômico de retorno. Guardadas as devidas proporções, observa-se uma similitude desta racionalidade ao que se observa com as doenças negligenciadas em relação às empresas de medicamentos.

A publicação do IBGE denominada *O Setor de Tecnologia da Informação e Comunicação no Brasil 2003-2006* e o exame dos dados dos exercícios de 2010, 2011 e 2012 tanto da Pesquisa Industrial Anual/IBGE[2] quanto das despesas realizadas pelo Ministério da Saúde (execução orçamentária, licitações, contratações, convênios), consultadas no Portal da Transparência do Governo Federal[3] apontam a tendência do complexo econômico de TI/Telecom preferir estabelecer "parcerias" com o SUS relacionadas às ações assistenciais: ambulatoriais, hospitalares e de exames laboratoriais e de imagens.

Segundo a *Revista Forbes* (Edição online de 25/03/2010), essas são as áreas consideradas como o "filé-mignon" das empresas de ITIS, nas quais os interesses coletivos ou a capacidade de resposta do Estado nem sempre são a prioridade. O modelo assistencial individualista, com ênfase na dimensão curativa da doença, tem concentrado a atenção do setor econômico de TI e Telecom, impulsionando sua articulação com o CEIS, que também se beneficia de políticas de saúde desenvolvidas sob a concepção assistencialista, biomédica.

A breve análise sobre o panorama do mercado de ITI no Brasil suscitou a necessidade de aprofundar a compreensão sobre como a

2 http://www.ibge.gov.br

3 http://www.portaltransparencia.gov.br

gestão da ITIS está sendo tratada em esferas decisórias do SUS. Para tal, realizaram-se análises documentais de portarias, resoluções e atas de reuniões referidas à esfera federal.[4]

O estudo evidenciou o predomínio de formulações que restringem o debate a tecnicalidades computacionais, confinando-o a aspectos pontuais, com baixa capacidade de mudanças na gestão das informações e TI em saúde. Observou-se a ausência de proposições que articulem as iniciativas de ITIS ao seu uso no processo decisório em saúde. Dito de outra forma, a análise documental não encontrou a explicitação do alinhamento estratégico de propostas de ITIS a objetivos primordiais de uma política de saúde.

As instituições necessitam de informações oportunas, com qualidade e no formato adequado para efetivamente auxiliarem os processos decisórios. Na saúde, os gestores e profissionais convivem tanto com rotinas estruturadas e protocolos definidos quanto com situações de risco e alta imprevisibilidade. Nesse contexto, o sucateamento das instâncias de ITIS, poucos investimentos, insuficientes ações de qualificação contínua das equipes e dependência tecnológica de empresas de TI são características que formam um círculo vicioso perverso por aprofundar a distância entre ações informacionais e os objetivos da gestão da saúde.

Esse distanciamento diminui o valor de uso da ITIS nos espaços decisórios do SUS, restringe possibilidades de gerenciamento de riscos às condições de saúde da população e enfraquece a capacidade de intervenção do gestor, dos mecanismos de avaliação e do exercício do controle social. Com baixo valor de uso na percepção dos gestores em saúde, a ITIS é considerada apenas mais um item de gasto, a ser aplicado prioritariamente para automatizar processos administrativos e financeiros, e não investimentos estratégicos com alto impacto na capacidade das estruturas gestoras em resolver problemas. Longe

4 Portarias, resoluções e atas de reuniões da Comissão Intergestores Tripartite (CIT); do Comitê Tripartite de Informação e Informática em Saúde da CIT; da Câmara Técnica de Informação e Informática do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), incluindo suas notas técnicas; e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), no período de 2010-2011-2012.

de reduzir a capacidade de intervenção dos gestores à ITIS, a afirmação anterior pretende tão somente ressaltar que os dispositivos informacionais colocados a serviço da capacidade gestora permanecem frágeis, principalmente levando-se em consideração que o tempo e o espaço são dimensões cruciais para a garantia da equanimidade e qualidade da atenção à saúde.

O resultado das análises permite que se levantem outras questões. Moraes (2002) já havia demonstrado que a tendência é coexistirem superinformação e subinformação, abundância e escassez, em um processo de intensa transparência da sociedade para o Estado, mas de opacidade do Estado para a sociedade. Apesar da Lei de Acesso à Informação (LAI/2011), há interesse dos gestores das três esferas de governo em consolidar dispositivos informacionais voltados para a transparência das "razões e ações do Estado"? Afinal, a quem interessa o uso da informação nos processos decisórios em saúde, com transparência das ações de governo para a sociedade? Mecanismos de gestão transparentes podem ameaçar micropoderes consolidados no interior das instituições, que se sentiriam "vulneráveis" ao exercício do controle social?

Estudo de Moraes e Vasconcellos (2010) conclui que a efetivação de uma rede de sistemas e serviços regionalizada, hierarquizada de atenção integral à saúde pressupõe a incorporação na práxis em saúde da transparência das "razões de Estado" e de seus pactos políticos, bem como da "ética da solidariedade." (MORIN, 1997) A expectativa é que sejam superadas dinâmicas competitivas de relacionamento inter e intrainstitucional, com o compartilhamento de espaços e mecanismos técnico-operacionais que expressem inovadoras práticas políticas de governança e de capacidade de gestão em saúde. Esse direcionamento suscitará novas demandas para a gestão da ITIS, com variações no compromisso de mudanças em seu modelo, em que se destaque a ligação entre os objetivos presentes (de governo) com os permanentes e futuros (objetivos de Estado). Este é um dos desafios para o SUS.

CONSTATAÇÕES FINAIS

O *status quo* da governança e da gestão da ITIS está imerso em um emaranhado de complexas determinações históricas que precisam ser consideradas em qualquer modelo de gestão da informação e tecnologia de informação em saúde comprometido com os interesses públicos.

A análise da bibliografia citada e dos relatórios técnicos produzidos pelo Centro de Informações em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (CISA/SES-RJ), durante a experiência de informatização da rede hospitalar da SES-RJ no período de 2000-2006 (MORAES; VASCONCELLOS, 2010), evidenciou um conjunto de características recorrentes que devem estar presentes ao se propor alterações na governança e gestão da ITIS. A matriz resultante da análise do material consubstancia o que pode ser considerado como estratégias e mecanismos integrantes das melhores práticas em ITIS. Para o escopo do presente capítulo, são destacadas apenas quatro dessas práticas:

1. Plena compreensão do contexto sobre o qual se quer operar mudanças. Faz-se necessário entender as implicações do legado histórico; da cultura institucional; das disputas de micropoderes técnicos e/ou político-partidários nas estruturas organizacionais; bem como os interesses privados cristalizados nesta ou naquela instância do aparato estatal para os quais a manutenção do *status quo* é benéfica.

2. A ITIS contemporânea é por definição um espaço de confluência de diferentes saberes e práticas. Diante desta constatação, a gestão da ITIS precisa se estruturar de forma a fomentar o diálogo entre áreas de conhecimento e práticas com base em matrizes de pensamento e intervenção que se caracterizem pela inter e transdisciplinaridade. Essa prática é condição *sine qua non* para o desenvolvimento de soluções informacionais para problemas complexos e suscita a necessidade de constituição de redes de

trabalho cooperativo que promovam a troca de experiências e o intercâmbio de práticas, resultados e serviços.

Esse enfoque constitui um desafio crucial para o alcance de uma gestão que se reconheça eficaz, eficiente e efetiva da ITIS: incorporar, no cotidiano das iniciativas, uma sinergia democrática de circulação de saberes e práticas que, respeitando as especificidades epistêmicas, históricas e culturais, rompa com relações concorrenciais sustentadas por uma demanda de autoridade epistêmica sobre as ações informacionais, de caráter excludente, que será sempre parcial e incompleta. (MORAES; GÓMEZ, 2007a)

3. Diante do legado de paralelismo e multiplicidade de instâncias responsáveis pela gerência de SIS e aplicativos em TI, a gestão da ITIS precisa adotar como pilar estruturante de seus processos decisórios o consenso. A ITIS abrange e impacta múltiplas dimensões e diversos setores do processo de atenção à saúde. Sua penetrabilidade no cotidiano da práxis em saúde é de tal ordem que apenas o alcance do consenso cria as condições políticas e materiais para o estabelecimento de parceria com a finalidade do alcance da mudança pretendida.

4. Adoção do conceito de bem público para os sistemas de informações e aplicações em ITIS definidos como complexos e estratégicos para o SUS, em sua dimensão tangível e intangível, garantida a privacidade do cidadão. Destacam-se como sistemas de informações complexos e estratégicos: Cartão Nacional de Saúde (CNS), Registro Eletrônico em Saúde (RES), Sistema de Informação de Regulação Assistencial e Portal do Cidadão.

Afinal, estes sistemas/aplicativos constituem um enorme acervo (*Big Data*) com as principais informações individuais sobre a saúde-doença-cuidado da população. Compõem o patrimônio da sociedade brasileira, registram a memória de trajetória de um povo, em que o interesse público tem de ter primazia. Por isso é tão importante que

seja amplamente discutido pela nação o que precisa ficar na mão do público e o que pode e até deve ficar na mão do privado e como se dará essa relação.

Enfim, os resultados encontrados confirmam a complexidade que envolve a adoção de inovações em ITIS, principalmente quando pressupõem mudanças em processos consolidados de gestão em saúde, com impacto em estruturas de micropoderes. Essa constatação alerta que efetivar as mudanças necessárias no modelo de governança e de gestão em ITIS significa enfrentar limites e desafios cuja matriz explicativa enraíza-se na própria gênese da organização do setor saúde.

A qualidade, grau e velocidade de incorporação de transformações nas ações informacionais em saúde são dependentes tanto da superação de históricos desafios/limites quanto da emergência de novos que, a depender de como serão enfrentados, poderão significar avanços históricos para o SUS ou farão parte da coleção de experiências frustrantes, de fracassos ou, pior, de desperdício de recursos públicos. A história nos dirá.

As reflexões desenvolvidas objetivam contribuir para desvendar caminhos a serem trilhados que se inserem na luta do movimento pela Reforma Sanitária no Brasil, cuja tenacidade desperta esperança ao mesmo tempo em que faz lembrar um ditado turco que diz algo como "As noites estão grávidas e ninguém sabe qual será o dia que nascerá".

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, E. M. Celso Furtado, a polaridade modernização-marginalização e uma agenda para a construção dos sistemas de inovação e de bem-estar social. In: SABOIA, J.; CARVALHO F. J. C. (Org.). *Celso Furtado e o século XXI. Barueri*: Manole/ RJ: Instituto de Economia da UFRJ, 2007. p. 181-203.

ARENDT, H. *A condição humana*. São Paulo: Forense,1981.

BRASIL. Casa Civil da Presidência da República. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm>. Acesso em: 1 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 2. v. (Textos básicos de saúde - Série B). (Cap. 1)

FLEURY, S. Defesa intransigente do interesse público na saúde. In: SIMPÓSIO DE POLÍTICA E SAÚDE, 2., 2011. Brasília. *Anais*... Brasília, jul. 2011. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/File/Blog/CEBES_Teses.pdf.>. Acesso em: 1 jun. 2013.

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. S. Saúde e desenvolvimento no Brasil: avanços e desafios. *Revista de Saúde Pública*, 2012, v. 46, p. 13-20, dez. 2012. Suplemento. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/co4193.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2013.

MARTELETO, R. M. Informação, saúde, transdisciplinaridade e a construção de uma epistemologia social. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 576-579, 2007.

MORAES, I. H. S. *Informação em Saúde*: da Prática Fragmentada ao Exercício da Cidadania. São Paulo: HUCITEC, 1994.

______. *Política, tecnologia e informação em saúde - a utopia da emancipação*. Salvador: ISC/UFBA: Casa da Qualidade, 2002.

MORAES, I. H. S.; GÓMEZ, M. N. G. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 553-565, 2007a. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n3/02.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2013.

______. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. As autoras respondem. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 579-585, 2007b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

81232007000300008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>.
Acesso em: 1 jun. 2013.

MORAES,I. H. S. et al. Inclusão digital e conselheiros de saúde: uma política para a redução da desigualdade social no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 879-888, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/23.pdf>. Acesso em: 1 jun. 13.

MORAES, I. H. S.; VASCONCELLOS, M. M. Ambiente de Informação em Saúde na Gestão Estadual do SUS. In: UGÁ, M. A. et al (Org.). *A Gestão do SUS no âmbito estadual. O caso do Rio de Janeiro.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

MORIN, E. O método, vol. 4. In: ______. *As ideias, seu habitat, sua vida, seus costumes, sua organização.* Rio Grande do Sul: Sulina, 1997.

PASSINI, R. P. *Implicações Éticas do uso das Informações Individualizadas em Saúde:* o Consentimento Esclarecido como instrumento de promoção de princípios bioéticos relacionados à Saúde Suplementar. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - ENSP/FIOCRUZ, 2010.

RISI JUNIOR, J. B. A experiência Brasileira em Sistemas de informação de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde; Fundação Oswaldo Cruz. 2. v. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

______. Informação em saúde no Brasil: a contribuição da Ripsa. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1049-1053, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32340.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2013.

SANTOS, B. de S. *Descolonizar el Saber, Reinventar el Poder.* Ed Trilce e Ed Extensión Universidad de la República, 2010.

SILVA, A. B.; MORAES, I. H. S. O caso da Rede Universitária de telemedicina: análise da entrada da telessaúde na agenda política brasileira. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 1211-1235, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n3/19.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2013.

VASCONCELLOS, M. M.; MORAES, I. H. S.; LEAL M. T. Política de saúde e potencialidades de uso das tecnologias de informação. *Saúde em Debate*, n. 61, p. 219-235, 2002.

LEI DE ACESSO

Transparência e opacidade dos serviços de atenção à saúde – usos e desusos da informação gerencial

Ana Celeste Indolfo

INTRODUÇÃO

> [...] para que os arquivos sejam realmente acessíveis, não basta proclamar no preâmbulo de uma Constituição ou de uma Declaração de Direitos o princípio da liberdade de informação. (DUCHEIN, 1983, p. 51)

A relação entre o acesso à informação e a conquista dos direitos humanos encontra-se nos dias de hoje na pauta de muitos discursos, seja na academia, na mídia ou na política. Entretanto, faz-se necessário apresentar uma breve historicidade dessa relação para compreendê-la frente às abordagens teóricas.

Para aludir aos precedentes históricos mais remotos, pode-se citar o *Bill of rights* inglês de 1689, o *Bill of rights* das colônias americanas de 1776 e a *Déclaration des droits de l'homme et du citoyen* da assembleia francesa de 1789, pois todas essas declarações, de acordo com Matteucci e Menzoggi (1991), se desenvolveram no "clima cultural dominado pelo jusnaturalismo e pelo contratualismo", em outras palavras, essas doutrinas afirmam que "os homens têm direitos naturais anteriores à formação da sociedade, direitos que o Estado deve reconhecer e garantir como direitos do cidadão".

Se nos fins do século XVIII os direitos do homem estavam sendo delineados em torno dos conflitos entre direitos abstratos e concretos, naturais e subjetivos, questões a um tempo de ordem conceitual e política, foi a partir do século XIX que a conquista desses direitos pautou as relações entre Estado e sociedade.

Matteucci e Menzoggi (1991) coloca que, na atualidade, "luta-se ainda por esses direitos porque mesmo após as grandes transformações

[ocorridas essencialmente a partir da segunda metade do século XX] não se chegou a uma situação garantida efetivamente”. Pode-se, com isso, afirmar que a luta em prol dos direitos civis, políticos e sociais seguiu, de uma maneira geral, mas de formas diferenciadas, uma tendência em todo mundo, na medida em que “hoje os direitos dos cidadãos estão enumerados” na maioria dos textos constitucionais dos regimes democráticos, por mais ampla que seja a gama de sentidos contemporâneos da palavra democracia.

Para Ferrari (2000, p. 163-169), democracia significa “gozo dos direitos fundamentais e acesso efetivo às oportunidades da vida”. O autor destaca, essencialmente, que a conexão entre democracia e informação é “biunívoca e de coessencialidade”, portanto, complexa, não só em razão da longa história que cada um dos termos possui, assim como, também, porque ambas “foram submetidas a importantes variações, as últimas ocorridas em pouquíssimos anos e particularmente relevantes”.

> Se democracia significa liberdade e igualdade no gozo dos direitos e de oportunidades, parece claro que a informação livre [...] dela constitui um fundamento essencial. [...] Compreende-se assim que ‘informação’ não é somente ‘o ato de informar’ como diz o vocabulário, mas em geral é parte essencial do processo de formação de conhecimentos, de opiniões e, portanto, da própria personalidade do indivíduo: a parte que age mediante a interação do sujeito com o mundo externo. A falta de informação bloqueia o desenvolvimento da personalidade, tornando-a asfixiada. [...] Por essas razões, devem ser colocados no mesmo plano do ponto de vista democrático ***o direito de informar e o direito de ser informado.*** (FERRARI, 2000, p. 163-169, grifos dos autores)

Para Uhlir (2006, p. 21), desde a Declaração Universal dos Direitos Humanos (artigo 19),[1] uma das principais metas de qualquer socieda-

1 “Artigo XIX - Toda pessoa tem direito à liberdade de opinião e expressão; este direito inclui a liberdade de, sem interferência, ter opiniões e de procurar, receber e transmitir informações e idéias por quaisquer meios e independentemente de fronteiras.” Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada e proclamada pela Resolução n° 217-A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 10 de dezembro

de tem sido a luta pelo desenvolvimento humano, ou seja, "o fortalecimento de todos os cidadãos, por meio do acesso e utilização da informação e do conhecimento". Com isso, o acesso e a utilização de informações ganham importância fundamental para os cidadãos que desejam alcançar a "cidadania integral".

> Falar de *cidadania integral* é considerar que o cidadão de hoje deve ter acesso a seus direitos cívicos, sociais, econômicos e culturais em perfeita harmonia, e que todos eles formam um conjunto indivisível e articulado [...] argumenta-se que a democracia implica uma cidadania integral, isto é, o pleno reconhecimento da cidadania política, da cidadania civil e da cidadania social. [...] Com respeito à cidadania civil, registram-se importantes conquistas em matéria de legislação, porém é preocupante a limitada capacidade dos Estados de garantir esses direitos na prática. (PNUD, 2004, p. 26-27, grifos do autor)

Fica claro, então, que entre os elementos que compõem a conquista desses direitos encontra-se o acesso às informações públicas. O cidadão "bem informado" passa a ter condições de conhecer, participar e "reivindicar", também, outros direitos essenciais, como saúde, educação e benefícios sociais.

> A disseminação aberta e irrestrita da informação [...] também promove a melhoria da saúde e seguranças públicas e do bem estar social geral, à medida que os cidadãos se tornem mais bem informados para tomar decisões sobre sua vida cotidiana, seu ambiente e seu futuro. (UHLIR, 2006, p. 30)

Dessa forma, o acesso à informação, além de ser cada vez mais reconhecido em várias partes do mundo como um direito, torna-se

de 1948. Tradução não oficial do texto em língua inglesa. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/publi_04/COLECAO/DH8.HTM > Acesso em: 7 dez. 2011. Cabe, ainda, assinalar que esse direito fundamental passou a ser reconhecido por outros organismos da comunidade internacional, por meio de tratados, convenções e declarações assinadas, inclusive, pelo Brasil.

essencial para a consolidação não só dos direitos políticos, mas, também, dos econômicos e sociais.

Falar, então, em informação pública requer, a partir de agora, que esta expressão seja definida objetivando esclarecer as relações existentes entre ela e informação do setor público, informação governamental e informação de domínio público, pois, muitas vezes, acatam-se essas expressões como sinônimas.

Para Uhlir (2006, p. 25), a informação do setor público é definida como qualquer informação[2] que seja *produzida por uma entidade do setor público*, sendo a informação governamental de domínio público parte dessa categoria mais ampla.

Segundo Uhlir (2006, p. 27), a informação produzida pelo setor público pode ser categorizada por muitos critérios: ser uma informação administrativa ou não; apresentar potencial interesse ou ampla audiência; e, ainda, ter valor econômico para um mercado específico.

Assim, como princípio norteador das Diretrizes apresentadas por Uhlir (2006, p. 16), pode-se assumir que *informação pública* é qualquer informação produzida por entidades públicas, em todos os setores e em todos os níveis, a qual deve estar disponível ao público, e se "exceções formais" existirem e vierem a impedir que os cidadãos possam acessar a informação pública, estas devem ser justificadas o mais minuciosamente possível. Ainda segundo o autor:

> No contexto da sociedade global, o objetivo é prover acesso universal e diminuir a lacuna entre os ricos e os pobres em informação. Um decisivo elemento dessa estratégia é expandir a quantidade e a qualidade da informação [...] particularmente aquela gerada no setor público ou em instituições de interesses público, e conseqüentemente facilitar o acesso aberto e eqüitativo de todos os cidadãos ao conhecimento e aos benefícios advindos dessa informação coletiva. (UHLIR, 2006, p. 29)

2 Nas Diretrizes desse texto adota-se uma definição de informação proposta pela Comissão Europeia: qualquer conteúdo, qualquer que seja seu meio (escrita em papel, ou armazenada em formato eletrônico, ou como gravação de som, imagem ou audiovisual). (UHLIR, 2006, p. 27)

A respeito da noção de informação de domínio público, cabe explicitar as colocações do autor (UHLIR, 2006, p. 13- 25):

> [...] à informação de natureza intrinsecamente pública, ou seja, certos tipos de informação que são produzidos por autoridades públicas ('governo' no sentido amplo) no cumprimento de suas funções e no decorrer de suas gestões, que são vistos como um bem público; à informação publicamente acessível, cuja utilização não infringe qualquer direito legal, ou qualquer obrigação de confidencialidade; ao domínio de todos os trabalhos, ou objetos de direitos relativos, que podem ser explorados por todos sem qualquer autorização; a dados públicos e informações oficiais produzidos e voluntariamente disponibilizados por governos ou organizações internacionais.

Por essas explicações, pode-se considerar que *toda informação governamental é uma informação pública,* mas que nem toda informação de domínio público provém necessariamente de uma informação governamental.

De acordo com os esclarecimentos expostos no sítio da Controladoria-Geral da União (CGU),[3] a informação sob a guarda do Estado é sempre pública, devendo o acesso a seus dados, compostos por documentos, arquivos, estatísticas, serem restringidos apenas em casos específicos. "Isto significa que a informação produzida, guardada, organizada e gerenciada pelo Estado em nome da sociedade é um bem público".

Como a disponibilização da informação produzida no setor público é considerada essencial para o funcionamento de governos nacionais e locais "bem administrados", o direito do público ao acesso e utilização dessa informação deve ser assegurado, seguindo-se os princípios norteadores dos regimes democráticos e a busca pela "boa governança".

3 http://www.cgu.gov.br

> A informação do setor público é um recurso nacional valioso. A disponibilidade dessa informação, reconhecida por lei, ajuda a assegurar a liberdade de expressão dos cidadãos, bem como a responsabilidade do governo e de seus órgãos públicos em gerir as operações governamentais, manter o desempenho saudável da economia e prover os serviços essenciais à sociedade. A maximização do fluxo aberto e irrestrito de informação entre o governo e o público é um aspecto fundamental para uma sociedade democrática e para a promoção de uma boa governança. (UHLIR, 2006, p. 37)

Vale relembrar que a primeira nação no mundo a desenvolver um marco legal sobre acesso foi a Suécia, em 1766. Sua Lei de Liberdade de Imprensa – *Freedom of the Press Act* – continha um capítulo específico sobre a natureza pública dos documentos oficiais, que previa que "todo indivíduo tem o direito de acessá-los, salvo aqueles classificados como secretos". Isso ocorreu há quase 250 anos e antes mesmo da Declaração dos Direitos do Homem da Revolução Francesa.

Fonseca (1999, grifos nossos), coloca que a evolução da questão do acesso aos arquivos "acompanha a cronologia da conquista dos direitos humanos, na qual se insere o direito à informação".

> Durante a primeira metade do século XX, não se observam mudanças substantivas com relação a esta questão. É no período posterior à II Guerra Mundial que se verificará radical transformação no próprio conceito de acesso aos arquivos. A inclusão do direito à informação na Declaração dos Direitos Humanos de 1948 transforma o acesso aos arquivos em direito democrático de todos os cidadãos, e não mais uma reivindicação da pesquisa científica ou histórica. Apesar de a lei finlandesa de 9 de fevereiro de 1951 estipular que, em princípio, qualquer documento produzido pela administração pública deveria estar disponível ao acesso de qualquer cidadão, sem nenhuma demora, *o valor exemplar da lei norte-americana de 1966,* conhecida como *Freedom of Information Act, torna-a um marco fundamental na conquista do pleno direito de acesso aos arquivos.*

A lei norte-americana se tornou conhecida pela sigla FOIA e define quais as informações que devem ser obrigatoriamente exibidas,

quais devem ser obrigatoriamente publicadas e relaciona aquelas que, por alguma razão, devem ser excluídas do livre acesso imediato.

Ainda, de acordo com Fonseca (1999), a partir desta lei, muitos países "promulgaram legislações semelhantes que, guardadas as inevitáveis especificidades, têm em comum o princípio do direito imediato de acesso aos documentos dos arquivos públicos", sendo que os excluídos do acesso constituem exceções estritas as quais devem ser justificadas. Com isso, estabeleceu-se o princípio que o acesso é a regra e o sigilo, a exceção.

Atualmente, a *Lei Federal de Transparência e Acesso a Informações Públicas do Governo* do México, de 2002, considerada uma referência não só para os países da América Latina, prevê a instauração de sistemas de acesso a serem supervisionados por um órgão independente, o Instituto Federal para Acesso a Informações Públicas, "órgão que tem poder de determinar a repartições que liberem os registros solicitados".

Canela e Nascimento (2009, p. 66) informam, ainda, que a legislação da África do Sul (a lei é de 2000, sendo conhecida como *Promotion of Access to Information Act* - PAIA) tem sido apontada como "uma das mais consistentes e inovadoras a ponto de submeter a seu escrutínio empresas privadas prestadoras de serviços públicos ou atuando em uma esfera de amplo interesse da população".

Rodrigues (2009, p. 28) afirma que conhecer a realidade de outros países se tornou possível com a publicação da *Declaração de Atlanta*.[4] Ele explica que esse texto foi produzido em fevereiro de 2008, durante uma conferência internacional promovida pelo *Carter Center*, em Atlanta, na Geórgia (EUA). De acordo com o autor, "representantes de 40 países redigiram o documento, compilando as melhores regras e conceitos de transparência", tendo sido consideradas "as experiências e as restrições existentes no planeta no início de 2008".

4 Rodrigues (2009, p. 28) informa que a íntegra do texto em inglês está disponível em<www.informacaopublica.org.br/files/Atlanta_Declaration_and_Plan_of_Action.pdf.> assim como a versão em espanhol está em <www.informacaopublica.org.br/files/Declaracion_de_Atlanta_y_Plan_de_Accion.pdf.>

Em 18 de novembro de 2011, a Presidente da República sancionou a Lei n° 12.527, que regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do artigo 5°, no inciso II do § 3° do artigo 37 e no § 2° do artigo 216 da Constituição Federal; altera a Lei n° 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei n° 11.111, de 5 de maio de 2005, e os artigos 22 a 24 da Lei n° 8.159, de 8 de janeiro de 1991. O texto foi publicado em edição extra do Diário Oficial da União no mesmo dia em que foi sancionada.

Como princípio geral dessa Lei, entende-se que toda informação produzida ou gerenciada pelo Estado é pública, salvaguardando-se do acesso público às informações pessoais e aquelas exceções nela previstas.

RETROCESSOS E AVANÇOS DO ACESSO ÀS INFORMAÇÕES PÚBLICAS

> O interesse dos produtores, a segurança dos cidadãos, o controle democrático devem ser assegurados pelo Estado, bem como as necessidades do conhecimento. [...] Os prazos de guarda e de acesso deveriam estar em harmonia com a evolução geral do direito e da jurisprudência, e deveriam oferecer um equilíbrio entre a administração pública e os cidadãos. (DELMAS, 2010, p. 102-103)

A regulamentação do acesso público aos documentos de arquivos de natureza sigilosa prevista no artigo 23 da Lei de Arquivos (Lei n° 8.159, de 1991) ocorreu com a aprovação do Decreto n° 2.134, de 24 de janeiro de 1997.

Esse Decreto estabeleceu as categorias dos documentos sigilosos em ultrassecretos, secretos, confidenciais e reservados, ou seja, uma gradação atribuída à classificação, de acordo com a natureza do

conteúdo, e determinou, também, os prazos máximos de restrição de acesso e as autoridades responsáveis pela classificação, nos órgãos públicos e nas instituições de caráter público, custodiadores de documentos dessa natureza.

O Decreto, também, reiterou a garantia constitucional de que "todos tem direito de acessar documentos e informações a seu respeito, existentes em arquivos e bancos de dados públicos". Cabe lembrar que, o direito de acesso pleno aos documentos públicos, já estava assegurado com o disposto no artigo 22 da Lei de Arquivos.

A importância desse Decreto deveu-se ao fato, ainda, de que ele revogou o Decreto do período do regime militar que tratava da "salvaguarda dos assuntos sigilosos".

Outro aspecto fundamental deste ato foi sua determinação quanto à constituição de Comissões Permanentes de Acesso, nos órgãos públicos e nas instituições de caráter público, custodiadores de documentos sigilosos.

As competências dessa Comissão passavam pela análise dos documentos sigilosos sob custódia e a publicação da relação dos documentos desclassificados semestralmente, bem como pela autorização de acesso a documentos públicos sigilosos a pessoas devidamente credenciadas, que apresentassem por escrito os objetivos de sua pesquisa.

Jardim (1998) afirmou, ao analisar este Decreto, existir um avanço significativo "no sentido de ordenar, sob princípios democráticos, o direito à informação governamental", contudo, ressaltava que sua viabilização implicava necessariamente na construção de uma política de informação que assegurasse a gestão de documentos e da informação.

Duchein (1983, p. 51-53, tradução nossa), em texto clássico da literatura arquivística, já havia apontado as mudanças imprescindíveis para se efetivar o acesso aos documentos governamentais, as quais

implicavam em “uma complexa série de problemas relacionados e muitas vezes inseparáveis”.

Para o autor, esses problemas eram tanto de ordem jurídica como envolviam um conjunto de problemas técnico-procedimentais (organização dos serviços arquivísticos e da transferência e do recolhimento dos documentos para as instituições arquivísticas; a elaboração de instrumentos de classificação, assim como dos inventários) e, também, de ordem prática (os serviços deveriam contar com locais para consulta, com um pessoal efetivo, além de materiais e equipamentos adequados).

> Seria vão pretender que todos esses problemas se resolvam de maneira idêntica em todas as partes. É grande a desigualdade de condições econômicas e culturais existentes nos diferentes países do mundo e, também, são distintas suas tradições jurídicas e administrativas. (DUCHEIN, 1983, p. 52)

Duchein (1983, p. 52-53) sabendo, a princípio, que “seria ilusório reclamar a abertura integral e sem reservas” dos arquivos públicos, uma vez que sempre existiriam “problemas militares, diplomáticos, litígios internacionais, segredos científicos, negociações econômicas, além das questões inerentes a vida privada das pessoas”, relacionava em quatro itens, suas recomendações quanto à superação “desses obstáculos ao acesso”:

1. [a existência de] uma lei, ou ao menos um decreto, que estipule de maneira específica o direito de acesso aos arquivos públicos e os defina, de tal modo, que não deixe lugar, a dúvidas, a seu respeito;
2. [a expedição de] regulamentos oficiais e públicos que precisem quais são os documentos de livre comunicação, quais estão submetidos a restrições de comunicação e em que consistem os procedimentos para solicitar a autorização de consulta aos documentos que não tenham livre acesso;
3. os arquivos devem dispor, pelo menos, de locais para receber os pesquisadores e de pessoal competente a fim de que arquivos

sejam acessíveis, isto é, a fim de classificá-los, inventariá-los e comunicá-los;

4. uma legislação que assegure um mínimo de garantias para acessar os arquivos privados que tenham interesse primordial para a história nacional.

Para complementar o disposto no Decreto n° 2.134, de 1997, foi aprovado o Decreto n° 2.910, de 29 de dezembro de 1998, que visava orientar os órgãos e entidades do Poder Executivo Federal quanto aos procedimentos e normas a serem adotados com relação a documentos sigilosos, produzidos em qualquer suporte, referentes à garantia da sociedade e do Estado. Esse Decreto estendia, ainda, as medidas de segurança para os materiais, as áreas, as comunicações e os sistemas de informação, de natureza sigilosa.

Esses instrumentos legais não foram os primeiros a serem propostos e expedidos.

Um estudo coordenado por Canela e Nascimento (2009, p. 43) mostra que, de acordo com o *Fórum de Direito de Acesso a Informações Públicas,*[5] desde 1937, foram assinados sessenta e quatro atos normativos (decretos-lei, leis, medidas provisórias, decretos, resoluções, portarias e instruções normativas) que, "de alguma forma, regulamentam a oferta e, principalmente, o sigilo de informações em posse do Estado brasileiro".

O Decreto n° 4.553, de 27 de dezembro de 2002, publicado no Diário Oficial da União no dia 30 de dezembro do mesmo ano, e que entraria em vigor em quarenta e cinco dias, além de revogar os decretos anteriores, ampliou os prazos máximos estipulados para cada categoria de sigilo. Esse Decreto criou, ainda, a possibilidade de *instalar o segredo eterno* a partir "da renovação indefinida do prazo de duração da classificação ultrassecreto", cuja restrição anterior foi alterada para 50 anos.

5 Esse levantamento foi realizado pelo Fórum de Direito de Acesso a Informações Públicas, instituição criada em 2003, em Brasília, que reúne 20 instituições, como a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e o Instituto de Estudos Socioeconômicos (INESC).

Apesar das inúmeras moções apresentadas por diversas instâncias da sociedade civil, pelo Conselho Nacional de Arquivos (Conarq), por diferentes instituições arquivísticas e, também, pelas associações profissionais da área de arquivos, nos primeiros dias (mais precisamente em fevereiro de 2003) do governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, esse Decreto, aprovado nos últimos quatro dias do governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, entrou em vigor, representando um retrocesso não só administrativo, mas, essencialmente, jurídico no direito à informação governamental.

A Medida Provisória de n° 228, de dezembro de 2004, assim como o Decreto n° 5.301, da mesma data, que a regulamenta, retornaram os prazos de duração das categorias de sigilo para aqueles previstos no artigo 23 da Lei de Arquivos e no Decreto n° 2.134, de 1997. Esse Decreto instituiu, ainda, no âmbito da Casa Civil da Presidência da República, a Comissão de Averiguação e Análise de Informações Sigilosas.

Essa Comissão foi criada, especialmente, para "decidir pela aplicação da ressalva prevista na parte final do inciso XXXIII do artigo 5° da Constituição Federal", entretanto, sua decisão poderia recair tanto na "autorização de acesso livre ou condicionado ao documento" como "na permanência da ressalva ao seu acesso, enquanto for imprescindível". Assim, se mantinha a possibilidade de manter o sigilo e impedir a consulta.

Essa visão já havia sido colocada por Jardim (1998) ao relatar que "uma das críticas presentes na literatura [internacional] é que a aplicabilidade do direito à informação teria servido, sobretudo, a definir os documentos secretos e a legitimar a recusa à comunicação".

Fonseca (1999) confirma esse posicionamento ao afirmar que "o que se opõe ao direito à informação não é simplesmente a mentira ou a falsidade mas é, também, o segredo, ou melhor, aquilo que não se torna público".

A MP n° 228 foi convertida, em 5 de maio de 2005, na Lei n° 11.111, tendo sido suprimida do texto, com relação à atuação da Comissão, apenas a expressão "enquanto for imprescindível".

> Ainda que a eternidade do sigilo tenha sido revogada, o Estado assegurou o direito de manter informações em segredo por até 60 anos. Se isso for [fosse] aplicado, por exemplo, a algum documento referente a uma ação do governo no ano de 1970, durante o regime militar, ainda pode[ria] ser necessário aguardar até 2030 para que o acesso seja liberado. (CANELA; NASCIMENTO, 2009, p. 43)

Alguns juristas expressaram suas críticas e apontaram a questão da incompatibilidade entre a norma prevista na Lei n° 11.111, de 2005 e a Constituição Federal uma vez que isso representava "a negação do direito à informação".

Bigonha[6] (apud CANELA; NASCIMENTO, 2009, p. 102) afirmou que "a Lei está completamente dissociada de qualquer perspectiva democrática e constitucional" e Moroni[7] disse que "além da questão da legalidade, o que me preocupa é que a lógica da lei foi construída com base no que não pode ser informado e não a partir do direito à informação".

Outras tentativas foram feitas, visando alterar o marco legal em relação ao acesso às informações. Destacam-se duas ações diretas de inconstitucionalidade (Adin) que foram protocoladas junto ao Supremo Tribunal Federal contra os dois parágrafos do artigo 23 da Lei n° 8.159, de 1991 e contra a íntegra da Lei n° 11.111, de 2005 uma, em 2007, pela OAB e a outra, em 2008, por um Procurador-Geral da República que recebeu apoio das instituições que compõem o *Fórum*.

Canela e Nascimento (2009, p. 59) ressaltam que a OAB foi incisiva, no texto da Adin, ao usar "expressões como 'violência' e 'arbitrariedade' para se referir aos prazos fixados pela Lei n° 8.159, de 1991" e quanto à Lei n° 11.111, de 2005, afirmava que, além de "criar empecilhos para o acesso a documentos sigilosos, a lei foi 'omissa' ao não estabelecer prazos para que o governo libere informações".

6 Antonio Carlos Bigonha, presidente da Associação Nacional dos Procuradores da República (ANPR).

7 José Antonio Moroni, diretor do Instituto de Estudos Socioeconômicos (INESC).

Entretanto, os debates foram realmente "aquecidos" a partir do encaminhamento, pelo Presidente da República ao Congresso Nacional, da Mensagem n° 316, de 13 de maio de 2009, do anteprojeto de lei de acesso à informação, cujos termos da Exposição de Motivos, foram elaborados em conjunto por nove Ministérios e Órgãos Equivalentes.[8]

O anteprojeto encaminhado pelo Executivo a Câmara foi o ponto de partida para os debates realizados na Comissão Especial, criada para analisá-lo. Foram reunidos, a este, outros projetos que tratavam do mesmo tema de iniciativas de diversos parlamentares. O texto aprovado no plenário da Câmara em 24 de fevereiro de 2010 foi renomeado como PLC 41/2010 ao chegar ao Senado.

No Senado, o PLC 41/2010 foi recebido em abril de 2010, passando por três Comissões, ficando parado, sofrendo entraves e tendo sua votação adiada por mais de uma vez. Em 25 de outubro de 2011 foi, finalmente, aprovado, sem alterações ao texto aprovado na Câmara.

A LEI DE ACESSO À INFORMAÇÃO

A Lei n° 12.527, de 18 de novembro de 2011, conhecida como Lei de Acesso, ou simplesmente LAI, entrou em vigor seis meses após a sua promulgação, em 16 de maio de 2012. Muito já se falou, debateu e publicou quanto aos desafios enfrentados para a implementação da Lei.

A Controladoria-Geral da União reconheceu esses desafios e considerou de fundamental importância criar condições para enfrentá-los ao afirmar: "A informação disponível ao público é, muitas vezes, a ponta de um processo que reúne operações de produção, tramitação, uso, avaliação e arquivamento de documentos. Para tanto, programas de gestão precisam ser sempre aprimorados e atualizados".

8 Assinaram a EMI n°00007, de 5 de maio de 2009, os titulares da Casa Civil da Presidência da República, dos Ministérios da Justiça, das Relações Exteriores e da Defesa, da Advocacia-Geral da União, da Secretaria Especial de Direitos Humanos, do Gabinete de Segurança Institucional, da Secretaria de Comunicação e da Controladoria-Geral da União.

Entre os produtos da cooperação técnica entre a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) e o Poder Executivo Federal encontra-se a publicação da pesquisa,[9] coordenada pelo professor Roberto da Matta, intitulada *Diagnóstico sobre valores, conhecimento e cultura de acesso à informação pública no Poder Executivo Federal Brasileiro.*

Uma das perguntas dirigidas aos servidores públicos, para verificar a capacidade dos órgãos e entidades de implementar a Lei de Acesso à Informação, foi "Com que regularidade a sua área promove cursos e treinamentos sobre gestão de documentos e/ou segurança da informação?", 23,5% responderam "raramente" e 38% responderam "nunca". Esse resultado parece indicar que 61,5 % dos entrevistados não se encontram capacitados para desempenhar essas atividades.

Por essa razão, afirma-se que somente serviços arquivísticos públicos bem estruturados e equipados e dotados de recursos humanos capacitados para desenvolver e executar as atividades de gestão de documentos poderão enfrentar alguns desses desafios e assegurar o acesso às informações públicas.

A CGU não foi o único órgão que se preparou para a implementação da Lei, iniciativas pontuais de alguns Ministérios foram noticiadas na imprensa quanto à formação de Grupos de Trabalho para apresentarem contribuições para a sua regulamentação.

Na I Conferência Nacional de Arquivos (I CNARQ), promovida pelo Ministério da Justiça e realizada em Brasília, nos dias 15 a 17 de dezembro de 2011, foram apresentadas, discutidas e aprovadas as seguintes propostas: a necessidade "da efetiva participação de representantes de instituições arquivísticas na regulamentação da Lei", e "da institucionalização dos serviços arquivísticos como

9 Essa pesquisa realizada no contexto do projeto denominado "Política Brasileira de Acesso a Informações Públicas: garantia democrática do direito a informação, transparência e participação cidadã", tem como concepção central a urgência em desenvolver mecanismos institucionais e organizacionais que permitam à administração pública brasileira promover e assegurar o acesso a informações públicas como um direito fundamental do indivíduo e uma ferramenta *sine qua non* para consolidação das democracias contemporâneas. Disponível em: <http://www.cgu.gov.br/acessoainformacoes/>. Acesso em: 6 de dez. de 2011.

protagonistas dos processos de gestão documental e da informação nos órgãos e entidades públicas".

Quanto às moções, a Plenária da I CNARQ recomendou ao Ministério da Justiça uma ampla campanha junto às três esferas de governo, esclarecendo a nova Lei de Acesso e seus impactos na administração. Ressaltava, igualmente, o investimento estrutural (físico e pessoal) necessário aos arquivos públicos e serviços arquivísticos para o cumprimento da Lei.

No mesmo dia em que a LAI entrou em vigor, foi expedido o Decreto n° 7.724 que regulamenta, no âmbito do Poder Executivo Federal, os procedimentos para a garantia do acesso à informação e para a classificação de informações sob restrição de acesso, observados grau e prazo de sigilo, conforme o disposto na Lei.

A partir de então, os órgãos e entidades da Administração Federal passaram a divulgar uma série de informações, de interesse coletivo ou geral, em seus respectivos sítios eletrônicos, sendo esta seção identificada no menu pelo *logo* nas cores verde e amarelo, com a letra "i" dentro de um balão, ladeada pela expressão "Acesso à informação".

Esse *logo* também se encontra presente em *banner* na entrada de todos os órgãos e entidades federais. Na parte superior direita de todos os sítios, junto a barra de identidade do Governo Federal, uma aba com a expressão "Acesso à Informação" foi introduzida, contendo a ferramenta de redirecionamento de página para o Portal Brasil e para o sítio principal sobre a Lei.

Para facilitar o recebimento de pedidos de solicitação de acesso a informações foram criados nos termos da Lei, ainda, os Serviços de Informações ao Cidadão (SIC), e desenvolvida a ferramenta e-SIC, eletrônica.

Quando a LAI completou seis meses de vigência, a CGU[10] disponibilizou uma relação dos dez órgãos públicos mais demandados, e recentemente, quando completou um ano, promoveu um

10 Todas essas informações encontram-se disponibilizadas em: <http://www.acessoainformacao.gov.br/acessoainformacaogov/>. Acesso em: 16 jan. 2013.

Seminário para apresentar o primeiro balanço da implementação no Executivo Federal.

Outros órgãos vêm promovendo eventos para analisar os avanços alcançados e identificar os desafios ainda a serem superados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A teoria e a prática arquivísticas preconizam que somente a realização do processamento técnico adequado, com base na adoção das atividades de gestão de documentos (essencialmente, a identificação, a classificação e a avaliação), pode assegurar o acesso às informações, oriundas dos documentos de arquivo.

A garantia do pleno acesso à informação pública sob a guarda do Estado só poderá se viabilizar com a adoção de ações de gestão de documentos implementadas por meio da elaboração, aprimoramento ou atualização de programas de gestão de documentos junto aos serviços arquivísticos públicos.

A adoção dos programas de gestão de documentos pelos órgãos e entidades do Poder Executivo Federal deve ocorrer como resultado da elaboração e implementação de políticas arquivísticas pelo órgão central do Sistema de Gestão de Documentos de Arquivo (Siga), uma vez que a ele compete orientar a implementação, coordenação e controle das atividades relacionadas à gestão de documentos nos órgãos setoriais.

A recente conquista de uma lei específica, que assegura o direito fundamental de acesso à informação, veio reforçar a urgência da elaboração de políticas arquivísticas para o Governo Federal, estabelecendo estratégias e ações que implementem programas de gestão de documentos nos seus órgãos e entidades.

Reconhece-se o esforço do Governo Federal para formular uma política de acesso à informação pública e governamental voltada para

a transparência ativa, essencialmente, quanto à divulgação de informações relativas à aplicação dos recursos orçamentários.

Quanto à promoção de ações concretas que viabilizassem um amplo acesso às informações públicas poucos são, ainda, os programas, projetos e serviços implementados.

Quanto maior e melhor for a promoção ao acesso à informação governamental, mais democráticas se tornarão as relações entre o Estado e a sociedade civil.

A utilização das tecnologias de informação tem se mostrado um instrumento de provimento de serviços de acesso à informação, mas que não tem sido, muitas vezes, acompanhado do desenvolvimento de uma estrutura que melhore o nível de qualidade da informação produzida e disseminada no interior do Estado e para a sociedade.

A precariedade encontrada nos serviços de arquivo dos órgãos e entidades do Poder Executivo Federal assinala as contradições presentes na oferta da quantidade e da qualidade das informações governamentais, que possam vir a ampliar o direito dos cidadãos na conquista da cidadania integral.

A melhoria na oferta das informações "acessíveis ao público" envolve a superação de um conjunto de problemas, tanto de ordem técnico-procedimentais como político-administrativo.

As esperanças depositadas na Lei de Acesso reforçam a ideia que alguns têm da força transformadora da entrada em vigor de um ato legal.

Essas expectativas, inclusive, foram compartilhadas pelos agentes responsáveis pela elaboração e implementação das políticas arquivísticas quando da promulgação da Lei de Arquivos há mais de vinte anos.

Espera-se que não se viva de esperanças redentoras para que transformações se efetivem no cenário arquivístico nacional.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto n° 2.134, de 24 de janeiro de 1997. Regulamenta o art. 23 da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991, que dispõe sobre a categoria dos documentos públicos sigilosos e o acesso a eles, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 27 jan. 1997. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 12 dez. 2011.

______. Decreto n° 2.910, de 29 de dezembro de 1998. Estabelece normas para a salvaguarda de documentos, materiais, áreas, comunicações e sistemas de informação de natureza sigilosa, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 30 dez. 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 12 dez. 2011.

______. Lei n. 8.159, de 08 de janeiro de 1991. Dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 09 de jan. de 1991. Seção 1, p. 457.

______. Lei n.12.527, 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5°, no inciso II do § 3° do art. 37 e no § 2° do art. 216 da constituição Federal; altera a Lei n° 8.112, de 1990; revoga a Lei n° 11.111, de 2005 e os art. 22 a 24 da Lei n° 8.159, de 1991. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 18 de nov. de 2011. Seção 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 12 dez.2011.

______. Medida Provisória de n. 228, 9 de dezembro de 2004. Regulamenta a parte final do disposto no inciso XXXIII do art. 50 da Constituição e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 10 dez. 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 12 dez. 2011.

______. Controladoria-Geral da União. *Acesso à informação pública:* uma introdução à Lei n. 12.527, de 18 de novembro de 2011.

Disponível em: <http://www.cgu.gov.br/ acessoainformacao/index.asp>. Acesso em: 5 jan. 2012.

______. Câmara dos Deputados. *Mensagem n. 316.* Brasília, 13 de maio de 2009. [AA1778E6]. Disponível em: <http://www.acessoainformacao.gov.br/acessoainformacaogov/publicacoes/exposicao-motivos-projeto-lei-acesso-informacao.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2012.

CANELA, G.; NASCIMENTO, S. (Coord.). *Acesso à informação e controle social das políticas públicas.* Brasília, DF: ANDI; Artigo 19, 2009.132 p. Disponível em: <http://www.cgu.gov.br/acessoainformacoes/>. Acesso em: 6 dez. 2011.

DELMAS, B. *Arquivo para quê?:* textos escolhidos. São Paulo: Instituto Fernando Henrique Cardoso, 2010.

DUCHEIN, M. *Los obstáculos que se oponen al acceso, a la utilización y a la transferência de la información conservada en los archivos:* un estudio del RAMP. Programa General de Información y Unisist. Paris: UNESCO, 1983. 57 p.

FONSECA, M. O. K. Informação e direitos humanos: acesso às informações arquivísticas. *Ciência da Informação,* Brasília, v. 28, n. 2, 1999. Disponível em: <http://www.ibict.br/cienciadainformação>. Acesso em: 31 jul. 2007.

FERRARI, V. Democracia e informação no final do século XX. In: GUIMARÃES, C.; JUNIOR, C. (Org.). *Informação&Democracia*. Rio de Janeiro: UERJ, 2000, p. 163-209.

JARDIM, J. M. Informação governamental: acesso e sigilo. *Política & Administração,* Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p. 29-36, nov. 1998.

MATTEUCCI, N.; MENZOGGI, P. Direitos humanos. In: BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de política*. Brasília, DF: UnB, 1991. 1CD-ROM.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). *A Democracia na América Latina rumo a uma democracia*

de cidadãs e cidadãos. Santana do Parnaíba, SP: LM&M, 2004. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/publicacoes/>. Acesso em: 16 jun. 2007.

RODRIGUES, F. O padrão internacional para o direito de acesso e o atraso brasileiro. In: CANELA, G.; NASCIMENTO, S. (Coord.). *Acesso à informação e controle social das políticas públicas.* Brasília, DF: ANDI, Artigo 19, 2009. 132 p. Disponível em: <http://www.cgu.gov.br/acessoainformacoes/>. Acesso em: 6 dez. 2011.

UHLIR, P. F. *Diretrizes políticas para o desenvolvimento e a promoção da informação governamental de domínio público.* Brasília: UNESCO, 2006.

O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO E A CRIAÇÃO DE CONTEÚDOS GERENCIAIS NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Ana Valéria Machado Mendonça

São 15 anos de dedicação ao estudo das interações que se tem estabelecido na sociedade a partir de modelos comunicacionais mediados por tecnologias e, por conseguinte, a aplicação desses à comunicação social ou comunitária, à comunicação científica e à comunicação para tomada de decisão, em particular junto ao Sistema Único de Saúde (SUS), e de suas estratégias organizativas. Entre elas, figura a Atenção Básica à Saúde (ABS) como ordenadora das redes de atenção integral e da Estratégia Saúde da Família (ESF), criada em 1994, com a finalidade de contribuir nos processos de mudança no modelo de atenção à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades, segundo afirma Sousa (2007).

Este movimento de mediação entre as três áreas de atuação da comunicação (a saber: social ou comunitária, científica e para tomada de decisão) e a saúde tem envolvido os já conhecidos emissores, receptores, seus canais e mensagens em uma espiral de produção da informação e circulação do conhecimento em rede, a partir de mídias convergentes, linguagens descentralizadas e fluxos de informação associados a processos constituídos por sujeitos, produtores e mobilizadores sociais. (TORO; WERNECK, 2004)

Pensando nesse "hibridismo" e nas influências que as Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) têm provocado nos processos de comunicação estabelecidos, optou-se por sugerir uma reflexão a este movimento considerado complexo pela diversidade dos contextos, pela pluralidade dos saberes e pelos mobilizadores dos interesses daqueles que, na opinião de Henriques (2004), viabilizam, aos que estão ao seu redor, a capacidade de refletir sobre os conteúdos das mensagens

produzidas pelo grupo *em* rede e *para* a rede, ancorado nas ideias de Toro e Werneck (2004), sobre a essência fundamental da circulação de informações para o funcionamento e crescimento de uma rede de apoio à gestão nos serviços de atenção à saúde, em especial.

Desse modo, após estudo sistematizado quanto à pluralidade das diversas modelagens de processos de comunicação feito por Mendonça (2007), formulou-se uma proposta teórico-metodológica que vislumbrava muito mais do que a conexão dos integrantes dos processos de comunicação clássicos como nos apresenta Shannon (1948), DeFleur e Ball-Rokeach (1993), entre outros. É essa proposta, denominada Modelo de Comunicação Todos-Todos, que será abordada a seguir, considerando a possibilidade de análise do que ora se propõe a discutir sob o prisma dos conteúdos destinados à gestão dos serviços de atenção à saúde.

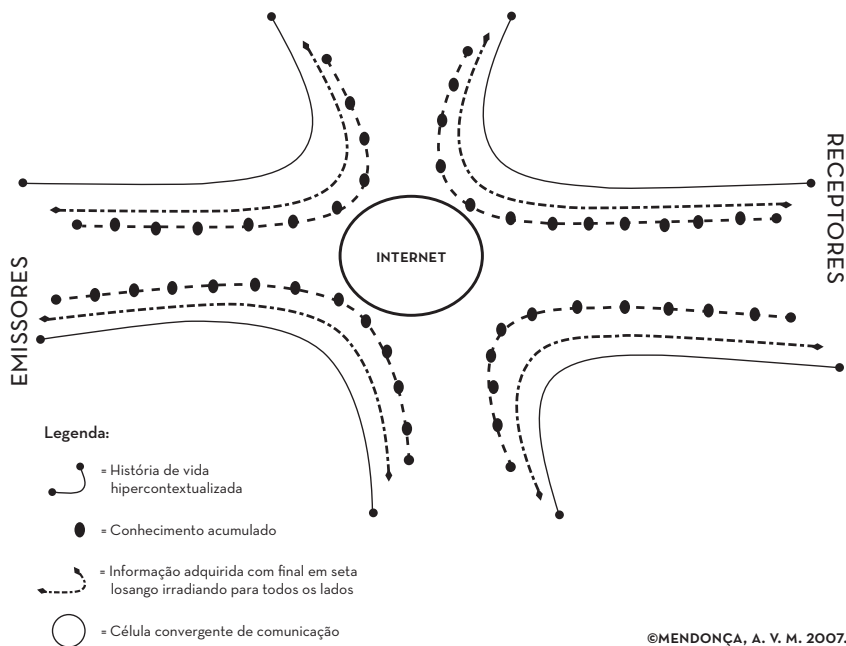
O MODELO DE COMUNICAÇÃO TODOS-TODOS

Quando formulado, o conceito do Modelo de Comunicação Todos-Todos teve como estímulo o amadurecimento do uso crescente das TICs por seus emissores e receptores, independentemente de suas relações, porém, avaliando intimamente seus contextos, o que considero essencial à produção dos conteúdos e seus sentidos representados pelos canais em uso.

A partir da análise de modelos de comunicação referenciados e aplicados na literatura internacional de 1948 a 2003, foi desenvolvido um estudo dirigido à aplicabilidade social de cada um deles, bem como os processos de recepção e mediação das mensagens à luz teórico-conceitual e seu entendimento metodológico pelos sujeitos envolvidos no processo, aqui subentendidos como indivíduos, famílias e comunidades atendidos na atenção básica no Brasil pelo SUS.

Identificada a existência de interferências/filtros internos e/ou externos aos contextos de emissores e receptores, observou-se, em seguida, que o ciclo se retroalimenta e interage com os antigos e novos saberes. Firmou-se, então, a necessidade de sugerir um novo ambiente que também teria as TICs como mediadoras do conhecimento, uma vez que o maior volume de propostas surgidas até então destinava-se somente à chamada mídia convencional e suas ferramentas subsequentes (rádio, televisão e impressos).

Com o Todos-Todos, possibilitaríamos aos seus integrantes o exercício direto de múltiplas identidades: o mesmo agente informante também seria comunicador, receptor e mediador. Vejamos modelo e seus componentes para melhor observarmos a proposta na Figura 1:

Figura 1. Modelo de Comunicação Todos-Todos

Fonte: MENDONÇA, 2007.

Entendida a localização teórica desse modelo, devemos avançar para a compreensão das entradas e saídas abertas e influenciadas pelos emissores e receptores. Esses agem como filtros naturais do processo de elaboração das mensagens, mas são livres para que "sofram" interferências e ruídos. Pela convergência dos canais, os conteúdos que participam do processo aportam para a *célula* do modelo – a internet, responsável neste contexto, pela *convergência midiática*.

Nesse âmbito, podemos aplicar o modelo nos estudos e análises inerentes à comunicação em saúde desde a observação dos participantes e os níveis de suas contribuições, sua autonomia, liberdade e consciência de suas histórias de vida, os contextos sociais, bem como as expectativas do processo saúde-doença-cuidado.

Por exemplo, ao procurar uma Unidade Básica de Saúde (UBS), o indivíduo leva informações construídas ao longo da vida, influenciadas ou não por relações familiares, profissionais ou culturais; hábitos; crenças; interferências positivas ou negativas na comunicação entre o indivíduo e o profissional de saúde e este com o gestor de saúde. Os diálogos se estabelecem entre os participantes do Modelo de Comunicação Todos-Todos e interagem pela confiança e pela importância dos significados das informações trocadas entre ambos ou entre múltiplos sujeitos. Os fluxos de informação desenvolvidos no acompanhamento desse indivíduo, família ou comunidade pelo profissional e pelos gestores de saúde ao profissional, significam uma expectativa de comunicação saudável, ou seja, uma comunicação promotora da saúde para todos os integrantes do ciclo.

Em pesquisa feita por Ferreira (2012), foi observada uma aplicação direta do modelo junto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), em Brasília, Distrito Federal. Na ocasião, foram realizados grupos focais com 22 ACS para observar a percepção destes quanto ao conceito de comunicação em saúde, ações de comunicação aplicadas à promoção da saúde, entre outras questões.

Entre suas categorias de análise e conclusões, o estudo apurou que:

> [...] entre as ações desenvolvidas pelos ACS para promoção da saúde que mais aparecem nas respostas apresentadas, em 30% dos casos são as 'Atividades em grupo', como palestras, oficinas, reuniões e grupos desenvolvidos pela equipe de Saúde da Família junto à população [...]. (FERREIRA, 2012, p. 109)

Trata-se de conteúdos produzidos e tratados por sujeitos plurais em benefício de indivíduos, famílias e/ou comunidades. Representam, ainda, sujeitos que se relacionam com profissionais de saúde que, por sua vez, atendem às demandas de suas gerências a partir das ações promotoras de saúde. Assim, conseguimos visualizar uma possibilidade prática de análise do Modelo de Comunicação Todos-Todos focado nos conteúdos e seus efeitos.

Efeitos que podem ser expressos na redução das brechas de desigualdade social e de saúde. Essas compreendidas à luz das formulações de Amartya Sen (2001, 2000), que conceitua desigualdade tomando como referência a concepção do desenvolvimento[1] centrado na liberdade[2] e nas oportunidades sociais, portanto, na justiça social. Esse conceito, por sua vez, está baseado na distribuição de renda, no acesso a terra, educação, saúde, emprego, moradia, transporte, lazer e a outros bens de consumo, sobretudo ao poder de participação e decisão política, social e econômica da comunidade. (SOUSA, 2007)

Portanto, o Modelo de Comunicação Todos-Todos pode contribuir nas mudanças desses paradigmas, sobretudo, revisão dos conceitos e sentidos que a sociedade tem sobre qualidade de vida e saúde. Conceitos amplos e complexos, o que muitas vezes dificulta suas

---

1 Desenvolvimento está relacionado com a melhoria da qualidade da vida que levamos e com os processos de expansão das liberdades reais que as pessoas desfrutam. Deve ir muito além da acumulação de riqueza e do crescimento do Produto Nacional Bruto e de outras variáveis relacionadas à renda.

2 Liberdade é vista como o principal fim e meio do desenvolvimento. Este consiste na eliminação de privações de liberdade que limitam as escolhas e as oportunidades das pessoas exercerem ponderadamente sua condição de gente.

precisões e ou medições. As tentativas de submetê-las a uma unidade de "medida" podem, às vezes, ocultar mais do que revelar suas distribuições no espaço e no tempo, e principalmente suas inter-relações com os fatores socioeconômicos, culturais, ambientais e subjetivos.

Assim, desigualdade social em saúde refere-se às diferenças produzidas socialmente na qualidade de vida e na capacidade de ser e agir dos grupos sociais e individuais, porque estas diferenças são moralmente injustas.

Dessa forma, podemos afirmar que os recursos privados e os padrões de prestação de serviços públicos afetam essa capacidade de escolha, ao passo que a estrutura política e social incide sobre a possibilidade de participar de modo significativo na sociedade, de influenciar nas decisões ou de viver com dignidade e liberdade. E com isso, reconhecemos que a questão da desigualdade social, em seus diferentes determinantes, afeta, diretamente, o desenvolvimento do setor saúde. E que os processos de informação e comunicação comprometidos com outras formas de pensar e fazer saúde, podem ser caracterizados como um encontro de saberes e práticas renovadas de cidadania.

PRODUÇÃO DE CONTEÚDOS

O apelo a participar dessa reconstrução conceitual de valores, na qual o atual sujeito consumidor de conteúdos assume o novo papel de produtor e, a partir dessa transformação, acompanha as inovações políticas, econômicas, ambientais, sociais e tecnológicas da humanidade, vem acontecendo em todo o mundo, assim nos convida a pensar Morin (2013).

No campo tecnológico, Castells (1999) conceitua de TICs a esse movimento de aplicação imediata no próprio desenvolvimento da tecnologia gerada por uma sociedade que ampliou gradativamente, ao longo dos últimos 20 anos, seu potencial de consumo.

Para além da confiabilidade processual entre o ser humano e a tecnologia, e sua intersecção nas atividades diárias das pessoas, está a apropriação do sujeito para com o mundo com o qual se relaciona. Não basta apenas que ele se perceba produtor de conteúdos, mas que ele também se veja e consiga enxergar, da mesma forma, o que é visto pelo outro que está ao seu lado ou ao seu redor.

Lievrouw (apud WARSCHAUER, 2006, p. 64) afirma:

> [...] que o conceito de conteúdo abrange o acesso físico ao equipamento e a um canal de informação, junto com dois elementos adicionais: fontes institucionais de informação e suficiente capacidade individual do usuário para utilizar essa informação, envolvendo-se em discurso e ação social

Assim, acredito que espirais de conhecimentos múltiplos e convergentes compartilham, entre si e entre os sujeitos, certezas relacionadas com a produção de conteúdos midiatizados. Por isso, faz-se necessário entender, preliminarmente, de que comunicação se fala nesta discussão no campo da saúde.

Desse modo, ficam então eleitas as palavras de Schiavo (2007, p. 4-5, tradução da autora):

> Tal como acontece com outras formas de comunicação, a comunicação em saúde deve ser baseada em uma troca bidirecional de informações que utiliza um 'sistema comum de sinais e comportamentos'. Ela deve ser acessível e criar 'sentimentos mútuos de compreensão' e solidariedade 'entre os membros da equipe de comunicação e publico alvo (todas as audiências que o programa de comunicação de saúde tenta influenciar e fazer participar do processo de comunicação, também conhecido como público alvo). Finalmente, os canais de comunicação (o meio ou o caminho utilizado para atingir o publico alvo com mensagens e materiais de comunicação em saúde, como a mídia de massa) e as mensagens são as 'portas de ligação' que permitem intervenções de comunicação em saúde para atingir o público pretendido.

Essas orientações valem como princípios para o entendimento do sentido que a comunicação em saúde possui nesta reflexão. Além disso, auxiliam para que possamos efetuar as conexões necessárias ao Modelo de Comunicação Todos-Todos e a gestão de conteúdos em saúde.

ALFABETIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO PARA APOIAR A GESTÃO EM SAÚDE

Quando associei o Modelo de Comunicação Todos-Todos ao processo de alfabetização informacional, vislumbrei um cenário ideal para dar concretude às possibilidades de apoio à comunicação em saúde para a tomada de decisão dos gestores. Segundo Bundy (2003, p. 3):

> [...] a alfabetização em informação é a capacidade de compreensão e um conjunto de habilidades, que possibilitam ao indivíduo reconhecer quando necessita de alguma informação, podendo então localizá-la e utilizá-la de forma eficaz.

Ele diz, ainda, que uma pessoa capaz de localizar e utilizar a informação desejada deve ter habilidade para:

1. Reconhecer uma necessidade informacional;
2. Determinar qual a dimensão da informação que necessita;
3. Localizá-la com eficiência;
4. Avaliar a informação e suas fontes;
5. Incorporar a informação selecionada à sua própria base de conhecimentos;
6. Utilizar a informação de maneira eficaz para realizar tarefas específicas;

7. Compreender a problemática econômica, legal e social em torno do uso da informação;
8. Ter acesso à informação, utilizando-a de forma ética e legal;
9. Classificar, organizar, manipular e reelaborar a informação obtida ou gerada;
10. Reconhecer o processo de Alfabetização em Informação como pré-requisito para a aprendizagem ao longo da vida.

Encontramos nos dizeres de Menou (2004, p. 252, tradução nossa) que:

> Não podemos restringir a alfabetização informacional ao mero aprender a encontrar e utilizar a informação sob qualquer forma e, possivelmente produzir informação básica como objeto. Tem que tratar o conceito de informação e suas funções nas sociedades humanas.[3]

Assim, o elemento alfabetização passa a apoiar o elemento gestão da informação por intermédio de conceitos que envolvem os sujeitos e suas instituições, sejam familiares, comunitárias ou organizacionais. Para Mendonça (2009, p. 18), "Gestão do Conhecimento só se faz possível mediante a pré-existência de conteúdos produzidos e circulantes entre os sujeitos, instituições ou organizações que delas se originem informações, saberes e fazeres."

À compreensão de que a produção de conteúdos em rede integra o processo de Gestão da Informação e do Conhecimento, associa-se que a partir do Modelo de Comunicação Todos-Todos, a informação e a comunicação interagem, revisitando os processos de produção do conhecimento, viabilizando novas formas de saberes, estes mediados pelas tecnologias de informação e comunicação.

3 No podemos restringir la alfabetización informacional al mero aprender a encontrar y utilizar información bajo cualquier forma y posiblemente a producir información básica como objeto. Tiene que tratar el concepto mismo de información y sus funciones en las sociedades humanas.

Aceito o desafio de refletir sobre o processo de comunicação e a criação de conteúdos gerenciais nos serviços de atenção à saúde, entendi que para além do conjunto teórico, metodológico e prático, o momento induz à provocação para a revisão das práticas gerenciais de atenção à saúde junto aos serviços básicos; a renovação do diálogo entre gestores e profissionais e entre estes e a comunidade; e uma repactuação dos objetivos do uso das ações de comunicação pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Mediar tecnologicamente o Modelo Todos-Todos não significa restringir as ações às TICs, no entanto, ela foi observada como um elemento de apoio ao Projeto de Inclusão Digital dos ACS desenvolvido em Brasília, e em municípios de Sergipe e da Região Integrada para o Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal (RIDE-DF).

O projeto, desenvolvido desde 2007 até o momento, após os processos de inclusão digital dos ACS, oficinas de Alfabetização Informacional (ALFIN), uso de produção de conteúdos, tecnologias móveis e oferta de módulos livres de cursos a distância moderados pela plataforma Moodle, tem perseguido a promoção da saúde e a qualidade da informação e da comunicação nos processos de gestão. Talvez assim, possamos encontrar, futuramente, ambientes comunicacionais saudáveis, processos de comunicação autônomos e democráticos, comprometidos com os novos saberes e fazeres promotores de saúde dos indivíduos, famílias e comunidades brasileiras.

REFERÊNCIAS

BERLO, D. K. *O processo de comunicação:* introdução à teoria e à prática. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

BUNDY, A. El marco para la alfabetización informacional en Australia y Nueva Zelanda. Principios, normas y práctica. *Boletín de la Asociación Andaluza de Bibliotecarios.* Año 18, n. 73, p. 109-120, 2003.

CASTELLS, M. *A era da informação:* economia, sociedade e cultura. São Paulo: Paz e Terra, 1999. (v. 1)

DeFLEUR, M. L.; BALL-ROKEACH, S. *Teorias da comunicação de massa*. 5. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

FERREIRA, A. S. F. *Análise dos processos de comunicação nas práticas dos Agentes Comunitários de Saúde no Distrito Federal.* (Dissertação em Gestão de Saúde) - Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Brasília. Brasília, 2012.

HENRIQUES, M. S. (Org.). *Comunicação e estratégias de mobilização social*. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

MENDONÇA, A. V. M. *Os processos de comunicação e o modelo todos-todos:* uma relação possível com o Programa Saúde da Família. Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da UnB, 2007.

______. O processo de comunicação Todos-Todos e a produção de conteúdos: desafios à Gestão do Conhecimento. In: MOYA, J.; SANTOS, M. E.; MENDONÇA, A. V. M. (Org.). *Gestão do Conhecimento em Saúde no Brasil:* avanços e perspectivas. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009. p. 18-24. (Cap. 3)

MENOU, M. *La* alfabetización informacional dentro de las políticas nacionales sobre Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs): la cultura de la información, una dimensión ausente, 2002. Informe preparado para la UNESCO y para la National Commission on Libraries and Information Science y el National Forum on Information Literacy de los Estados Unidos, para uso en. In: REUNIÓN DE EXPERTOS EN ALFABETIZACIÓN INFORMACIONAL DE PRAGA, REPÚBLICA CHECA, 7., 2004. Praga. *Anales*... Praga, 2004. p. 241-261. Disponível em: <http://www.um.es/fccd/anales>. Acesso em: abr. 2013.

MORIN, E. *A via para o futuro da humanidade*. Rio de Janeiro: Bertrand, 2013.

SCHIAVO, R. *Health communication:* from theory to practice. São Francisco: Jossey-Bass, 2007.

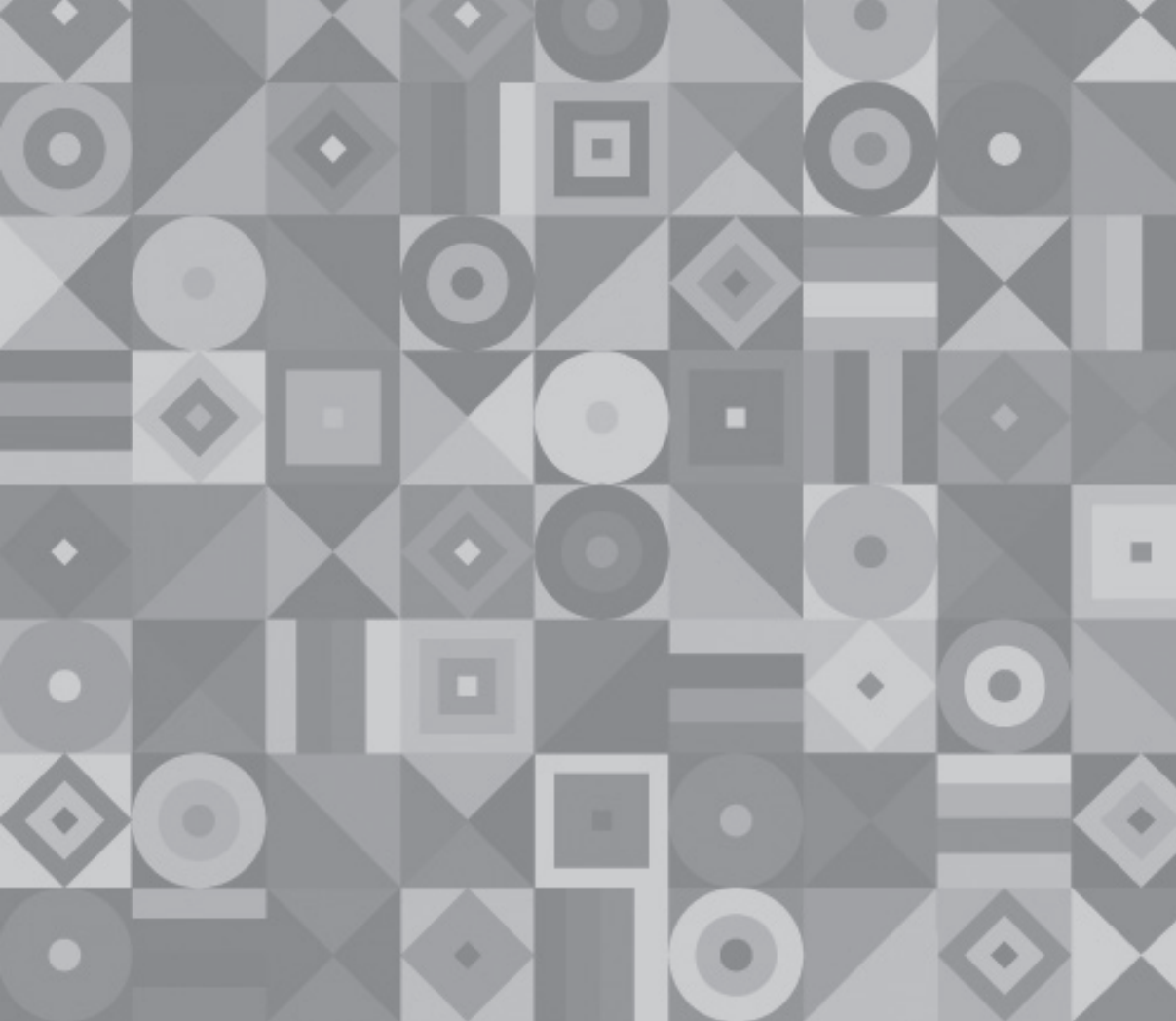
SOUSA, M. F. Saúde da Família e os Conceitos Necessários. In: ______. *Programa Saúde da Família no Brasil. Análise da desigualdade no acesso à atenção básica*. Brasília: Editora do Departamento de Ciências da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2007. v. 1.

SEN, A. *Desigualdade reexaminada*. São Paulo: Record, 2001.

______. *Desenvolvimento como liberdade.* São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SHANNON, C. A mathematical theory of communication. Reprinted with corrections from *The Bell System Technical Journal,* v. 27, p. 379-423, 623-656, jul./out. 1948. Disponível em: <http://cm.bell-labs.com/cm/ms/what/shannonday/shannon1948.pdf>. Acesso em: abr. 2013.

TORO, J. B.; WERNECK, N.M.D. *Mobilização social:* um modo de construir a democracia e a participação. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

WARSCHAUER, M. *Tecnologia e inclusão social:* a exclusão social em debate. São Paulo: Senac, 2006.

EIXO II

Conhecimento, inovação e serviços de saúde: os serviços de atenção à saúde no Complexo Industrial da Saúde – perspectivas e limitações para a política de inovação

OS SERVIÇOS DE SAÚDE E A DINÂMICA DE INOVAÇÃO DO COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE (CEIS)[1]

Laís Silveira Costa

1 Capítulo baseado na tese de doutorado de Laís Silveira Costa, orientada por Carlos Augusto Grabois Gadelha e José Maldonado.

INTRODUÇÃO

A dinâmica entre os segmentos produtivos relacionados à prestação de cuidados à saúde implica uma relação sistêmica, caracterizando o que atualmente é conhecido como complexo produtivo da saúde ou Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS). Dentre os segmentos produtivos, o de serviços tem sua importância enfatizada tanto por seu papel no Sistema Nacional de Inovação em Saúde (SNIS) quanto por ser o subsistema de maior peso econômico do CEIS, uma vez que é responsável pela demanda dos produtos dos demais segmentos do complexo produtivo da saúde e por parcela significativa de renda e emprego nacionais e também do setor terciário especializado.

Diferenciações na orientação dos serviços em saúde e na própria estrutura produtiva do CEIS normalmente levam a adaptações nos componentes dos sistemas nacionais de saúde, situando a multiplicidade de interesses envolvidos nessa arena política. Note-se que não é trivial acomodar as tensões decorrentes dos interesses públicos e privados dessa agenda, não somente por sua importância social e econômica como também por seu caráter estratégico.

Ao adotar uma abordagem que reconhece a complexidade das dimensões da saúde como direito social, bem econômico e espaço de acumulação de capital e a existência de uma institucionalidade público-privada que envolve os interesses dinamizados pelos serviços de saúde, optou-se, neste capítulo, pelo uso do arcabouço teórico da economia política.

Essa abordagem sistêmica busca captar os variados efeitos – em campos diversos além do social – decorrentes da crescente incorporação de inovações tecnológicas à prática médica e aos sistemas de

saúde, que tem transformado as relações estabelecidas entre os pacientes e médicos, conforme ressalta. (CAETANO, 1998)

Vale destacar que a crescente qualificação dos insumos, produtos e materiais médicos e hospitalares tem contribuído para o aumento da qualidade e prolongamento do tempo de vida da população. Por outro lado, a assimetria de forças observada entre os interesses sanitários e econômicos tem levado sistemas de saúde a incorporarem tecnologias com custo-efetividade questionável.

Mudanças nas características epidemiológicas e demográficas e o crescimento dos gastos com a prestação dos serviços, em função dos fatores mencionados, têm apontado a necessidade de adequação da estrutura desses serviços, tanto no Brasil quanto no mundo, levando a movimentos sucessivos de tentativa de reformar os sistemas nacionais de saúde.

Na busca pela expansão do acesso, concomitantemente à racionalização dos custos e à adequação às novas condições e processos de saúde-doença, os sistemas de saúde têm recorrido a determinadas inovações tecnológicas e organizacionais, entendendo-as como instrumentais para a reestruturação dos serviços. No entanto, seu desenvolvimento é obstaculizado, tanto por características mais gerais do padrão de desenvolvimento nacional quanto por questões mais específicas relativas à própria dinâmica inovativa e a dificuldades na mediação dos interesses sociais e econômicos dessa arena política.

Considerando esses fatores, o objetivo desse estudo é adensar a reflexão sobre a dinâmica inovativa dos serviços de saúde. Sua relevância reside no crescente protagonismo dos serviços na dinâmica de inovação em saúde e no fato de que ainda pouco se conhece sobre os fatores intervenientes no progresso técnico na área de saúde, a despeito da importância de se subsidiar o desenvolvimento de inovações orientadas socialmente. (CAETANO, 1998)

Para lograr esse objetivo, além dessa introdução, serão apresentados, brevemente, o protagonismo dos serviços na dinâmica de inovação da base produtiva da saúde e a complexidade decorrente dessa

relação sistêmica. *A posteriori* são apontadas algumas características da veloz incorporação de inovações nas práticas médicas e suas consequências sobre as características epidemiológicas, custos e necessidade de readequação dos sistemas de saúde. O tópico seguinte aborda a potencialidade de determinadas inovações para readequação da estrutura de prestação de serviços de saúde e, na sequência, é abordada uma série de desafios para a sustentabilidade dos serviços, cuja superação condiciona a existência de uma relação virtuosa entre saúde e desenvolvimento, a partir do conhecimento e mediação dos interesses diversos na agenda da saúde.

INOVAÇÃO E COMPLEXO PRODUTIVO DA SAÚDE: O PROTAGONISMO DOS SERVIÇOS

A saúde ocupa posição particular na agenda de desenvolvimento de um país ao vincular os sistemas de inovação ao de bem-estar social. (ALBUQUERQUE; SOUZA; BAESSA, 2004) O fato de ser intensiva em inovação, aliado à sua capacidade de gerar emprego, renda e melhorias nas condições de bem-estar da população, define uma relação inequívoca entre os campos da saúde e do desenvolvimento.

Desde o começo da década de 1990, as melhorias de condições socioeconômicas, os avanços na tecnologia médica e o desenvolvimento do campo da saúde coletiva têm sido associados a melhorias nas condições e expectativa de vida, apontando a inadequação de uma análise restrita setorial para o entendimento das variáveis diversas da saúde.

Por tal motivo, a saúde é aqui entendida não somente tomando-se por base a demanda social por bens e serviços, considerando-se, ademais, que a mesma situa-se em meio a uma cadeia produtiva que envolve atividades do setor secundário da economia. Seguindo esta linha, Gadelha (2003) caracteriza o complexo produtivo da saúde a

partir de três subsistemas, o de serviços de saúde; o de indústrias de base química e biotecnológica, responsável pela produção farmacêutica, de soros, vacinas, toxinas, hemoderivados; e o de indústrias de base mecânica, eletrônica e de materiais, comumente designadas de indústria de equipamentos e materiais médico-hospitalares e odontológicas.

Dentre os subsistemas desse complexo, o de serviços de saúde é aquele que exerce a função de consumidor e demandante dos produtos dos demais, revelando o caráter sistêmico do CEIS. Sua importância é ainda enfatizada pelo seu papel no Sistema Nacional de Inovação em Saúde, uma vez que influencia e é influenciado pelas inovações[2] dos equipamentos médicos, produtos farmacêuticos e demais insumos, produtos e processos voltados para a atenção à saúde.

Vale notar que, de acordo com Santos e Passos (2010), a grande capacidade de inovação e acumulação de capital das indústrias do complexo da saúde vem impondo um crescente grau de sofisticação tecnológica à atenção à saúde. Segundo as autoras, atualmente a capacidade de acumulação de capital das indústrias do CEIS encontra-se limitada por fatores diversos (queda de produtividade, redução do tempo da patente, opinião pública, entre outros) e se reflete na diminuição da velocidade em que produtos inovadores têm chegado ao mercado.

Limites observados hoje aos processos inovativos nos segmentos industriais vêm atribuindo aos serviços um maior protagonismo na geração de inovação em saúde. Isso decorre de sua capacidade de criação de novos mercados, de estabelecimento de novos métodos de produção – a exemplo da crescentemente difundida telemedicina – da especialização de serviços, da segmentação dos mesmos, além daquelas geradas a partir da expansão do mercado decorrente de inovações na base industrial do complexo da saúde. (SANTOS; PASSOS, 2010)

2 Inovação é tratada neste capítulo como uma descoberta, desenvolvimento ou imitação que leve à adoção de novos produtos, processos produtivos ou sistemas organizacionais. (DOSI, 1988)

Ainda que a partir de outro enfoque, o reconhecimento do protagonismo dos serviços na geração de inovação é compartilhado por autores diversos,[3] que chamam a atenção para o caráter multidisciplinar da inovação em saúde, para a importância da interação entre usuário e produtor e para o protagonismo da assistência médica, seja na geração de inovações organizacionais, seja na interação com os segmentos industriais do CEIS. Guimarães (2004) ressalta particularmente o papel dos hospitais na pesquisa em saúde, tanto em função das descobertas das moléculas bioativas (e da necessidade de testá-las), quanto em função da revolução dos métodos diagnósticos, para citar alguns exemplos.

Em análise pioneira, Cordeiro (1980) chamou atenção para contradições decorrentes da relação estabelecida entre segmentos produtivos industriais envolvidos na prestação dos serviços de saúde, uma vez que a expansão do bem-estar da população – associada à extensão da cobertura dos serviços de saúde e à qualificação dos medicamentos e demais insumos e produtos de saúde – ocorre concomitantemente com a organização de dinâmicas poderosas envolvidas na acumulação de capital na esfera particular da indústria farmacêutica.

A assimetria na força dos interesses sanitários e econômicos envolvidos tem sido responsável por distorções diversas nos processos de geração de inovação em saúde, que, como consequência, seguem trajetórias tecnológicas que em sua maioria não se orientam socialmente. Em decorrência, sistemas de saúde vêm incorporando tecnologias que, regra geral, não são as mais adequadas às características epidemiológicas ou aos modelos institucionais da política sanitária dos países. (WHO, 2010) Tal dinâmica é reforçada pelo processo de concentração e verticalização das prestadoras de serviços de saúde, que tende a privilegiar interesses mercantis aos sociais.

---

3 Entre eles, vale citar Hick e Katz (1996), Albuquerque, Souza e Baessa (2004), Guimarães (2004), Albuquerque e Cassiolato (2000), Lastres e Cassiolato (2007), Gadelha, Quental e Fialho (2003), Gadelha e Costa (2012a, 2012b), Costa e colaboradores (2012), Costa e Gadelha (2013).

Por outro lado, a importância da inovação para a atenção à saúde, e seu potencial para maximizar o bem-estar da população, encontra evidências diversas, a exemplo da qualificação dos produtos farmacêuticos, do desenvolvimento de materiais e equipamentos médico-hospitalares, do desenvolvimento de dispositivos diagnósticos, de medicamentos, de vacinas e soros antipeçonhentos, para citar alguns, cujos impactos também contribuem para o aumento da longevidade da população.

A importância do desenvolvimento da base de conhecimento em saúde é ressaltada por Vidotti, Castro e Calil (2008) ao apontarem que é justamente nas áreas mais pobres e desprivilegiadas do mundo que se tem pouca, ou nenhuma, opção de tratamento de saúde e, ademais, pouco acesso aos tratamentos existentes. Adicionalmente, Albuquerque, Souza e Baessa (2004) chamam atenção para a importância de todos os países do mundo participarem ativamente de redes de pesquisa em saúde, uma vez que diferentes perfis epidemiológicos determinam diferentes demandas sobre os sistemas de pesquisas. Reconhecem, desta forma, a importância do esforço científico interno a cada país. Consistente com esses dados, Oliveira, Labra e Bermudez (2006) ressaltam a posição desfavorável de países menos desenvolvidos em função da ausência de medicamentos específicos para as necessidades de sua população (doenças negligenciadas).

Nesse sentido, ressalta-se a importância de melhor compreender a dinâmica de inovação em saúde, seus desafios e contradições, assim como reconhecer que tal análise deve incorporar variáveis políticas capazes de considerar que a "heterogeneidade estrutural da prática médica e da oferta dos serviços de saúde leva a possibilidades diferenciais de acesso ao cuidado médico", e atende, por consequência, a interesses diversos situados na arena produtiva da saúde. (CORDEIRO, 1980, p. 170)

A DINÂMICA DE INOVAÇÃO EM SAÚDE E A NECESSIDADE DE REESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

Além das características sanitárias e da estrutura de oferta de cuidados de saúde, questões tradicionalmente associadas à dinâmica desse subsistema, outros elementos ligados aos sistemas de saúde influenciam sobremaneira a dinâmica desses serviços. Entre esses, destacam-se as indústrias do complexo da saúde, as novas tecnologias e a geração de inovação, fator essencial para a competitividade na sociedade contemporânea do aprendizado. Assim, o dinamismo econômico e potencial de inovação situam os serviços em um agenda de intenso protagonismo na arena política nacional e internacional.

Vários são os interesses em jogo quando se pensa em estruturar um sistema de saúde, que, de acordo com Lassey et al (1997 apud IBAÑEZ, 2011), apresenta alguns componentes básicos. O acesso é o grande desafio de qualquer sistema de saúde, afirmam os autores que, ademais, apontam: sua relevância econômica, dado que participam com algo entre 6% e 15% do PIB nos países industrializados; a competição acirrada, característica do mercado industrial da saúde;[4] e o impacto do custo da saúde, indicando a necessidade de reorientar a estrutura dos sistemas e serviços em saúde, e de buscar novas tecnologias capazes de aumentar a eficiência da gestão e expandir o acesso. Ainda segundo os autores, devem ser consideradas: a origem do financiamento, que precisa ser compatível com o modelo institucional do sistema de saúde de cada país; as alterações na configuração da demanda por saúde, um dos maiores desafios hoje, em especial com a transição demográfica; a pressão dos custos e a velocidade em que inovações tecnológicas são inseridas no mercado; e, por fim, a incorporação tecnológica.

4 Caracterizado como um oligopólio mundial intensivo em ciência e tecnologia, articulando concentração industrial, lucros excepcionais, barreiras tecnológicas à entrada e combinação de crescimento no consumo com aumento de preços.

Dado que os serviços em saúde se inserem na estrutura mais ampla dos sistemas de saúde, esses elementos, apontados como estruturantes do sistema, acabam por influenciar também a própria dinâmica dos serviços. (VIACAVA et al., 2004) É razoável entender, por exemplo, que a depender da capacidade e composição do financiamento, do modelo institucional do sistema de saúde, da orientação política quanto ao modelo de desenvolvimento, capacidade de gestão e arcabouço regulatório do Estado, observar-se-ão resultados distintos no que tange ao modelo de provisão de serviços em saúde. Fato este que explica a heterogeneidade dos sistemas de saúde nos diversos países do mundo.

A importância de se entender os componentes básicos de um sistema de saúde para analisar a dinâmica de seus serviços, e buscar proceder a uma análise sistêmica, amplifica-se na medida em que, na atualidade, a sustentabilidade dos sistemas está ameaçada.

A expansão dos direitos sociais observada no pós-guerra teve como efeitos colaterais desejáveis uma gama de serviços em saúde crescentemente à disposição da população. No Brasil, passadas algumas décadas, a Constituição Federal de 1988 determinou a expansão dos direitos sociais para toda a população e teve como consequência a crescente oferta dos serviços de saúde, a qual tem sido variável prioritária na agenda governamental brasileira. Independentemente de uma série de obstáculos a serem superados para a efetivação das diretrizes estabelecidas na Carta Magna relativas ao Sistema Único de Saúde (SUS), a estratégia do Estado de ampliação e consolidação desse Sistema representa uma importante conquista que pode ser observada pela evolução expressiva dos serviços oferecidos à população usuária do SUS.[5]

5 De 2003 a 2009, a produção de serviços ambulatoriais elevou-se em 62% em número de atendimentos, chegando a 3,2 bilhões de procedimentos. Ademais, foram realizadas 486 milhões de consultas médicas em 2009. Pode-se notar também a abrangência dos programas governamentais ao se observar que o Programa Saúde da Família situou-se em 95% dos municípios brasileiros em 2011, atendendo mais de 100 milhões de pessoas. (GADELHA; COSTA, 2012b)

Entretanto, assim como no resto do mundo, a expansão do acesso começou a ser acompanhada por uma veloz incorporação tecnológica nos serviços em saúde – explicada, em parte, pela necessidade de crescentes taxas de retorno aos vultosos investimentos na base produtiva da saúde, conforme argumenta Vianna (2002) –, ocasionando um expressivo aumento do custo referente à prestação desses serviços. Este aumento pode ser atribuído tanto ao custo relativo às tecnologias incorporadas pelos sistemas, como ao fato de que elas conseguiram, junto com outros fatores, contribuir para um desejável aumento da qualidade e prolongamento do tempo de vida da população.

Como consequência, houve alterações nas características epidemiológicas da população que não somente oneram sobremaneira os sistemas de saúde como crescentemente demandam gestão e estrutura diferenciadas para a prestação dos serviços de atenção à saúde.

A situação hoje vivida pelos gestores dos sistemas de saúde, cujos gastos crescem insustentavelmente, representa uma equação econômica e política complexa e um grande desafio a ser enfrentado. Situação esta agravada pela contemporânea transição demográfica (envelhecimento da população mundial acompanhado pela redução do número de nascimentos), implicando na diminuição proporcional da população economicamente ativa. (BANCO MUNDIAL, 2011)

Tanto no Brasil quanto no mundo, esse cenário tem explicitado a necessidade de reformar os sistemas de saúde para atender às demandas dos usuários e controlar os gastos decorrentes da prestação dos serviços de saúde. No caso brasileiro, essa carência é majorada pela estratégia governamental de ampliação da oferta dos serviços sociais. A situação agrava-se diante do fato de o setor saúde já se encontrar subfinanciado, em especial no que tange à parcela de origem pública.[6] Configura-se no país, portanto, uma situação em que o pacto

6 No Brasil, país em que 76% da população depende exclusivamente do SUS, a participação pública nos gastos sanitários (em torno de 45%) mostra-se incompatível com o estabelecimento de relações de equidade e integralidade almejadas. (GADELHA et al., 2012) Nos países desenvolvidos com sistema universal, mais de 70% do gasto total em saúde é público, sendo que, à exceção do Brasil,não há no mundo nenhum outro sistema de saúde universal em que a parcela pública do financiamento esteja abaixo desse patamar.

político-social constitucional que define o sistema universal coabita com uma estrutura de dispêndio limitado, obstaculizando a reestruturação da rede de serviços conforme as necessidades da população, entre outros elementos. (COSTA; GADELHA, 2013)

Os desafios impostos pelos limites financeiros agravam-se ao se observarem as características epidemiológicas da população brasileira que, assim como no resto do mundo mais desenvolvido, estão cada vez mais marcadas pela incidência de doenças crônicas e mentais e outros determinantes de doenças vinculados a padrões específicos de morbimortalidade (violência, obesidade, tabagismo, urbanização acelerada, para citar os principais).

Essas alterações nas características de saúde-doença brasileiras são significativas e impactam a característica da demanda por cuidados de saúde (VICTORA et al., 2011; OLIVEIRA, 2013),uma vez que este grupo de doenças exige, sobretudo, atenção integrada, envolvendo os diversos níveis de complexidade, extrapolando os serviços de saúde, pois demanda também equipamentos urbanos adequados.

Tais questões, aliadas ao aumento da expectativa de vida, explicitam a necessidade de reestruturação do sistema que organiza os serviços de saúde para que esse consiga atender às novas demandas.

INOVAÇÃO E A REESTRUTURAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

A necessidade de tornar mais racional a distribuição dos recursos mobilizados pelos sistemas de saúde e a estrutura de serviços ofertados – que deve ser consistente com as características epidemiológicas e demográficas contemporâneas – leva a um movimento de reconfiguração dos modelos de atenção no bojo dos sistemas de saúde.

(COSTA; GADELHA, 2013) Ademais, ainda que 9% do PIB represente participação análoga a outros países mais desenvolvidos e com sistema universal, quando se observa os valores *per capita* observa-se a situação crítica que enfrenta um sistema subfinanciado como o brasileiro.

Tanto no Brasil quanto em diversos países do mundo, tal movimento norteia-se pela integração das redes de saúde; pela revisão do papel dos hospitais; pelo incremento dos cuidados extra-hospitalares (atendimentos de média densidade tecnológica, *home care*, entre outros); e pela valorização da atenção primária, passando-se pela organização da rede de urgência e emergência.

A partir dessa orientação, é ressaltada a necessidade de definir uma porta de entrada nos serviços de menor densidade tecnológica ofertados em postos de saúde, em clínicas especializadas ou em ambulatórios; ao mesmo tempo, os hospitais recepcionariam casos que demandam cuidados intensivos. (GADELHA et al., 2012) Essa estratégia expressa uma concepção que valoriza a ideia de redes de atenção à saúde, por ocorrerem em três espaços correlacionados: na atenção primária, nos cuidados especializados secundários e na atenção hospitalar. (EDWARDS; HENSHER; WERNEKE, 1998)

A redistribuição e a integração do sistema conformam-se mediante a readequação interna do espaço físico, novas formas de prestação de cuidados, além de novos formatos e ferramentas gerenciais, ressaltando o protagonismo das inovações na reestruturação dos serviços de saúde. Motivados pelas necessidades de saúde e pelos crescentes custos hospitalares, vários países desenvolvem inovações nos métodos de produção (a exemplo da telemedicina, telecirurgia, hospital/dia); introduzem tecnologias minimamente invasivas; melhoram a qualidade da atenção primária à saúde visando à redução das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial; implementam tecnologias de gestão da clínica nos hospitais; aprimoram a atenção domiciliar e o sistema de altas hospitalares; promovem a coordenação entre as ações de saúde e assistência social; e utilizam tecnologias de revisão de uso. (EDWARDS; HENSHER; WERNEKE, 1998)

Alguns novos modelos e formatos de atenção específicos, a exemplo da assistência domiciliar e de diagnósticos remotos, são possíveis a partir da incorporação de Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs), que permitem expandir o acesso qualificado para regiões

privadas da infraestrutura de média e alta complexidade e têm potencial de promover a diminuição relativa dos custos de prestação.

O uso das TICs pode facilitar a integração dos diferentes níveis de atenção de um sistema de saúde e permitir o acompanhamento, a partir de prontuários clínicos e atividades de atenção à saúde, independentemente da localização de profissionais (teleconsultas) e dos recursos físicos especializados (garantida a infraestrutura necessária). A potencialidade de benefícios provenientes das TICs é enfatizada ainda por Gallouj (2002) ao afirmar que aproximadamente 60% das atividades estabelecidas no âmbito dos serviços de saúde envolvem trocas de informações passíveis de automação, revelando o protagonismo dessas tecnologias na reestruturação desses serviços. Considerando tais aspectos, Barbosa (2009) chega a afirmar que a integração das redes de atenção tem como pilar as TICs.

Ressalta-se assim a importância das inovações organizacionais e tecnológicas na configuração de novos formatos de atenção, que, sob esse aspecto, apresentam-se como variáveis críticas para a reestruturação dos serviços de saúde. No Brasil, as inovações gerenciais e de processos e a intensificação do uso das TICs carregam a promessa de promover maior equidade no acesso aos profissionais de saúde no território, além da diminuição dos custos. (COSTA; GADELHA, 2013; GADELHA et al., 2012) A ideia é prover serviços especializados, outrora indisponíveis, e racionalizar o uso dos recursos do sistema.

Em um cenário otimista, uma vez efetiva a orientação pela integração das redes de serviços de saúde, essas estabeleceriam lógicas de integração vertical e horizontal, bem como diferenciações internas, segundo tecnologias e demandas específicas, garantindo a efetividade e racionalidade da prestação dos cuidados. (GADELHA et al., 2012) E as novas tecnologias garantiriam um atendimento individualizado e redução do fluxo em direção aos centros de saúde e hospitais, reorganizando o formato de atenção à saúde no país.

Nessa perspectiva, a integração da rede de atenção se efetivaria com o suporte da introdução de novas tecnologias, permitindo novas

variações no formato da prestação de cuidados. E continuariam a surgir novas modalidades de assistência e novos tipos de serviços, configurando um sistema de atenção mais individualizado. O atendimento em casa e a incorporação de tecnologias que demandam menos tempo de internação hospitalar possibilitariam a multiplicação dos pontos de acesso de interação qualificada entre o sistema e o paciente, em especial nas regiões mais remotas. Seriam, portanto, externalidades positivas para a prestação de serviços, facilitadas pela incorporação de inovação no sistema nacional de saúde, principalmente no que se refere aos possíveis benefícios no acesso aos serviços nas mais desiguais regiões brasileiras.

No Brasil, entretanto, a falta de adensamento tecnológico dos hospitais representa desafio importante, situação esta agravada em anos recentes dado que a reestruturação do modelo hospitalar não tem sido condizente com a orientação de integração das redes de serviços de saúde. Tal reestruturação deveria buscar maior especialização e densidade tecnológica dos recursos que refletiria, diferentemente do que vem acontecendo, no aumento do número de leitos por hospital. (BARBOSA, 2009) Essa exigência é devido à economia de escala necessária às novas demandas tecnológicas – maior complexidade nos equipamentos e insumos hospitalares e diferenciação de profissionais de saúde – e econômicas na atenção e gestão hospitalar. (DOSI, 1988; GADELHA et al., 2012)

Vale ressaltar que este cenário é crítico dado o papel central dos hospitais nos processos inovativos de saúde, especialmente os que utilizam tecnologias mais complexas e por tal configuram-se como um ponto de interseção privilegiado entre os sistemas de inovação e bem-estar social.

A despeito de sua importância, dificuldades de financiamento, dentre outros fatores, têm afastado os hospitais de suas atividades de pesquisa, traçando uma trajetória em sentido oposto ao resto do mundo e obstaculizando o desenvolvimento de pesquisa clínica no Brasil em padrões competitivos internacionais. (GUIMARÃES, 2004)

Ademais, de acordo com Albuquerque, Souza e Baessa (2004), os vínculos de pesquisa estabelecidos entre os hospitais e institutos de pesquisa médica ou de saúde são mais fortes do que aqueles estabelecidos (e quase inexistentes no Brasil) entre as indústrias, governos e universidades, o que torna ainda mais transparente o equívoco da trajetória da reestruturação hospitalar brasileira.

Além disso, há outros limites à concretização da desejável reestruturação do sistema nacional de saúde, cujo entendimento torna imprescindível a incorporação de variáveis do modelo de estado da nação ora estudada, além de desafios mais específicos relacionados à geração, uso e difusão de inovação em saúde no Brasil, para seu entendimento.

SERVIÇOS DE SAÚDE, INOVAÇÃO E DESAFIOS PARA SUA SUSTENTABILIDADE

Conforme se argumenta neste capítulo, os desafios enfrentados pelos serviços de saúde devem ser analisados a partir de uma abordagem sistêmica, considerando-se que estão inseridos em uma cadeia produtiva que articula tecnologias portadoras de futuro, marcando seu protagonismo em uma agenda política central para o desenvolvimento das nações na sociedade contemporânea.

De forma geral, é possível destacar algumas fragilidades do padrão de desenvolvimento brasileiro que se reproduzem na saúde e que afetam a sustentabilidade desse sistema complexo. Uma delas refere-se ao subfinanciamento da saúde no Brasil e em especial da parcela pública deste montante. Outro agravante refere-se à fragilidade do pacto federativo brasileiro, implicando a falta de coordenação das competências de cada esfera administrativa do governo.

Ademais, a crise fiscal da década de 1990 teve como consequência o recrudescimento da desigualdade regional na oferta de serviços

de saúde (dado que restringiu a participação da União na composição dos recursos públicos da saúde), impondo barreiras à universalização da mesma. As desigualdades sociais e regionais impactam de maneira diferenciada na exposição a riscos e incidência e prevalência de doenças e agravos, bem como no acesso aos serviços de saúde (referente ao cuidado, à promoção e à prevenção). Assim, a desigualdade – ainda persistente na trajetória de desenvolvimento do Brasil – também se constitui como elemento importante de fragilidade da saúde.

Além disso, no Brasil, a conformação do sistema de saúde apresenta trajetória de marcante extemporaneidade nos processos de desmercantilização do acesso, de mercantilização da oferta do setor prestador de serviços e de formação do complexo produtivo da saúde. (CORDEIRO, 1980; VIANA; ELIAS, 2007) Dentre alguns efeitos dessa característica, ressalta-se a desarticulação entre diversos atores envolvidos na arena decisória da saúde, a exemplo do Estado, das instituições públicas produtoras e prestadoras de serviços e dos interesses privados nacionais e internacionais – representados pelas indústrias do complexo da saúde, pelas prestadoras de serviços e, mais recentemente, pelas empresas financeiras. (VIANNA, 1994)

Quando da criação do SUS, o setor privado já se encontrava razoavelmente organizado, fruto das estratégias de desenvolvimento do sistema médico-previdenciário. Como resultado, não se estabeleceram condições mínimas coerentes com os preceitos constitucionais, o que, apesar dos avanços do SUS, abriu espaço para a expansão do mercado privado e a configuração de um sistema desigual (VIANNA, 1995) que, ademais, apresenta uma institucionalidade complexa que dificulta a integração da rede de serviços. (COSTA; GADELHA, 2013)

Além dos obstáculos decorrentes do padrão de desenvolvimento nacional, há que se observar também desafios mais específicos relacionados à geração, uso e difusão de inovação em saúde no Brasil, sobretudo no que se refere à necessidade de fortalecimento da base endógena de inovação no país e o conflito de interesses existente nesse processo. Nesse sentido, Caetano (1998) ressalta a relevância de

promover inovações em direções socialmente desejáveis. Adicionalmente, Gadelha e Costa (2012a) enfatizam o protagonismo do Estado na emissão e implementação de políticas capazes de fomentar a infraestrutura tecnológica da saúde, mediando os interesses envolvidos e orientando socialmente o desenvolvimento desse segmento.

Vale ressaltar que ainda na década de 1980 é reconhecida no Brasil a autossuficiência de determinadas tecnologias de saúde como fator de segurança e autonomia para a saúde pública. (RAW; HIGASHI, 2008) A pouca densidade tecnológica da base produtiva nacional de saúde, aliada a um financiamento inconsistente com o modelo político institucional do SUS e a um ainda persistente insulamento da saúde na agenda nacional de desenvolvimento configuram-se como o primeiro desafio a ser superado. Essas questões, contextualizadas em um modelo burocrático de gestão do Estado, se refletem em um uso restrito do poder de compra da saúde para alavancar a inovação e produção, assim como dificuldades de que estas se orientem socialmente.

No país observa-se importante vulnerabilidade decorrente tanto da dependência de medicamentos, de equipamentos e materiais médicos (que impactam inclusive o formato da prestação de serviços) quanto da manutenção de uma tímida capacidade de geração e de difusão de conhecimento. Consequentemente, o Brasil não consegue pautar seu próprio padrão tecnológico, o que é grave social e economicamente.

De acordo com Guimarães (2004), dos US$ 70 bilhões aplicados em pesquisa em saúde em escala mundial no fim da década de 1990, 90% foram destinados a doenças características dos países ricos. Assim, deve-se reconhecer a necessidade de qualificar e potencializar a dinâmica de inovação em saúde no Brasil, sem o que o Sistema Universal de Saúde tornar-se-á cada vez menos autônomo diante de uma vigorosa agenda global. (VIDOTTI; CASTRO; CALIL, 2008) A situação é agravada pelo estágio embrionário de desenvolvimento das indústrias nacionais do CEIS, o que pressiona sobremaneira os

custos da prestação dos serviços (VICTORA et al., 2011) e provoca o aumento substantivo no déficit comercial da saúde no Brasil, que chegou ao patamar de US$ 10 bilhões em 2012 (sendo que em 2003 era de US$ 3,2 bilhões). Visando reverter essa situação, o Estado tem promovido iniciativas diversas para superar o estágio de desenvolvimento da geração de inovação no âmbito do complexo produtivo nacional em saúde, no sentido de apoiar os produtores públicos, adequar o marco regulatório, intensificar o uso do poder de compra do Estado, entre outras. (GADELHA; COSTA, 2012a) A despeito disso, a fragilidade da base produtiva no país persiste, configurando uma importante vulnerabilidade não somente para a trajetória de desenvolvimento nacional como também para a política de saúde.

Tal contexto enfatiza também a importância da adequação da política de incorporação tecnológica às reais necessidades da população brasileira. Sem o que prevalecerá a observada incorporação de medicamentos que não refletem a especificidade epidemiológica, geográfica ou socioeconômica brasileira. (VIDOTTI; CASTRO; CALIL, 2008) Ou seja, abre-se margem para a manutenção de um processo de incorporação passiva e desordenada de insumos e produtos farmacêuticos, materiais e equipamentos médicos de saúde de efetividade não comprovada e, muitas vezes, inadequados à situação de saúde e à infraestrutura de apoio disponível. (SILVA, 2003; WHO, 2010) Ademais, conforme ressaltam Albuquerque, Souza e Baessa (2004), não contribuem para a multiplicação dos fluxos tecnológicos no país; ou seja, observando-se também sob o prisma dos determinantes sociais, tais processos também não contribuem para o quadro geral de saúde da população brasileira (ao manter fragilizada a inserção competitiva nacional).

Além disso, uma vez que os serviços em saúde articulam uma gama de tecnologias de futuro – variável-chave para o desenvolvimento –, a acomodação dos interesses públicos e privados na agenda da inovação em saúde não é de simples equação. (GADELHA; COSTA; VIANA, 2011) Conforme ressalta Caetano (1998), múltiplos

fatores (sanitários, econômicos, sociais) interagem no desenvolvimento de novas tecnologias de saúde, em seus mecanismos de difusão e incorporação.

Uma análise mais crítica sobre os interesses diversos que influenciam a tomada de decisão de incorporação de uma determinada prática, procedimento ou insumo nos serviços pelos sistemas de saúde e que, adicionalmente, aborda o impacto das estratégias de integração vertical dos serviços de saúde sobre a dinâmica de inovação em saúde (que não se orienta socialmente) pode ser encontrada em Santos e Passos (2010). As autoras enfatizam, inclusive, a preocupação de diversos autores em relação à capacidade de regulação dos países menos desenvolvidos e a assimetria de forças muitas vezes observadas entre grandes empresas transnacionais comparativamente ao porte reduzido de algumas economias nacionais.

As contradições decorrentes dos interesses diversos exigem uma leitura consistente da política de saúde e sua inserção nas transformações da economia global. Para tanto, deve ser considerado todo o conjunto de bens e serviços que envolve o setor e a lógica capitalista que o caracteriza. (PIRES; DEMO, 2006) A atratividade do mercado de serviços de saúde explica-se por seu porte e potencial de crescimento. De acordo com Santos e Passos (2010), os gastos globais alcançam a cifra de US$ 4 trilhões, sendo que no Brasil, os serviços mercantis faturaram R$ 80 bilhões em 2007 e o serviço público despendeu ¾ deste valor no mesmo ano.

A assimetria na força dos interesses sanitários e econômicos envolvidos tem sido responsável pelo estabelecimento de uma relação dicotômica entre eles, favorável aos últimos. Os indicativos são diversos, a exemplo da existência de uma gama de doenças negligenciadas, de parcela significativa da população não ter acesso a medicamentos, do uso irracional de medicamentos, das distorções geradas pelo sistema de propriedade intelectual e do fato de que os serviços de saúde vêm incorporando tecnologias que, em sua maioria, não são

as mais adequadas às características epidemiológicas ou ao modelo institucional vigente de um dado sistema. (WHO, 2010)

Nesse sentido, dentre os principais desafios específicos a serem superados com o intuito de tornar virtuosa a relação entre saúde e desenvolvimento e aproximar os sistemas de bem-estar social e de inovação, destaca-se a fragilidade da base produtiva nacional, o descompasso entre a agenda de inovação e os interesses coletivos da saúde, conforme atestam Lehoux e colaboradores (2008), e a necessidade de qualificar a atuação do Estado visando à efetiva orientação social da inovação em saúde, além de características mais gerais atinentes ao padrão de desenvolvimento nacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao articular uma gama de tecnologias portadoras de futuro, a saúde constitui um bloco de investimento central crítico para determinar as condições de inserção do Brasil na economia globalizada no futuro imediato. A necessidade de se politizar o debate e de qualificar a atuação do Estado no sentido de mediar os interesses envolvidos leva à premência de reformas mais profundas, cujo debate foge do escopo deste texto.

Adicionalmente a essas questões estruturais, observa-se que determinadas inovações tecnológicas e organizacionais em saúde podem trazer benefícios significativos para a reestruturação dos sistemas nacionais de saúde. Levando em consideração as características demográficas e epidemiológicas, a incorporação dessas tecnologias e as transformações que elas podem causar no âmbito dos sistemas de saúde podem vir ao encontro da necessidade de expandir o acesso, reduzir custos de atenção e adequar a estrutura às novas tecnologias.

De forma análoga ao resto do mundo, no Brasil, a dinâmica de reestruturação do sistema de saúde possui intensa relação com as

alterações nas características epidemiológicas decorrentes do envelhecimento populacional, da melhoria das condições de vida, de maneira geral, e da expansão dos serviços sanitários, observada nas ultimas três décadas, em particular. A reestruturação do SUS sofre influência, ademais, da necessidade de redução de custos com saúde.

Nesse contexto de transformação do sistema de saúde, a inovação aparece como variável-chave, podendo propiciar uma readequação interna do espaço físico, novas formas de prestação de cuidados, além de novos formatos e ferramentas gerenciais. Essas inovações têm potencial de promover a expansão do acesso, concomitantemente à racionalização dos custos e à adequação às características epidemiológicas e demográficas. Assim, o protagonismo das inovações, sobretudo aquelas ligadas à informação e comunicação, permite contemplar os interesses coletivos, gerando tecnologias assistenciais mais eficientes e sustentáveis socialmente.

Entretanto, ainda persistem desafios para a sustentabilidade do SUS referentes ao processo de geração de inovação e incorporação de tecnologia na saúde. Entre esses desafios destacam-se o conflito de interesses existente nesse processo, a necessidade de fortalecimento da base endógena de inovação no país, e, no âmbito setorial, a falta de adensamento tecnológico na estrutura hospitalar nacional. A superação desses desafios depende de uma atuação efetiva do Estado, em especial no sentido de fomentar políticas e criar um ambiente regulatório estável que seja capaz de promover a orientação social das trajetórias tecnológicas adotadas. Ademais, urge rever políticas e recursos direcionados aos hospitais públicos, uma vez que é necessário que o Estado crie condições para a integração da rede de serviços de saúde de forma efetiva, o que inclui superação de gargalos como a baixa densidade tecnológica dos hospitais nacionais.

Cabe, assim, fortalecer a atuação do Estado visando propiciar o desenvolvimento de uma base endógena de inovação capaz de atender às demandas da população e articular virtuosamente a geração e incorporação tecnológica entre os atores envolvidos, atuando no sentido de

situar a saúde como frente de inovação e temática central do estado de bem-estar. Dadas as recentes e inúmeras tentativas por parte do governo federal nesse sentido e da persistência da debilidade nacional no que se refere à sua capacidade de gerar conhecimento e processos inovativos em saúde, sugere-se a busca por novas categorias analíticas e descritivas que podem contribuir para o entendimento dos processos de geração, uso e difusão de inovação tecnológica em saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, E. M.; CASSIOLATO, J. E. *As especificidades do sistema de inovação do setor saúde:* uma resenha da literatura como introdução a uma discussão sobre o caso brasileiro. Belo Horizonte: Fesbe, 2000.

ALBUQUERQUE, E. M.; SOUZA, S. G. A.; BAESSA, A. R. Pesquisa e inovação em saúde: uma discussão a partir da literatura sobre economia da tecnologia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 2, p. 277-294, 2004.

BANCO MUNDIAL. *Envelhecendo em um Brasil mais velho:* implicações do envelhecimento populacional para o crescimento econômico, a redução da pobreza, as finanças públicas e a prestação de serviços. Banco Mundial, Brasil, 2011.

BARBOSA, P. R. Documento setorial: serviços em saúde. In: GADELHA, C. (Coord.). *Perspectivas do investimento no Brasil*. Bloco: Economia do conhecimento. Sistema produtivo: Complexo Industrial da saúde. IE - UFRJ/ IE-Unicamp - BNDES. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.projetopib.org/?p=documentos>. Acesso: em jul. 2011.

CAETANO, R. Paradigmas e trajetórias do processo de inovação tecnológica em Saúde. Physis: *Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 71-94, 1998.

CORDEIRO, H. *A indústria da Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições Graal,1980.

COSTA, L. S. et al. A dinâmica inovativa para a reestruturação dos serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 46 p. 76-82, 2012. Suplemento.

COSTA, L. S.; GADELHA, C. A. G. Análise do Subsistema de Serviços em Saúde na dinâmica do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ et al. *A saúde no Brasil em 2030:* diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. No prelo.

DOSI, G. The nature of the innovative process. In: DOSI, G. et al. (Org). *Technical change and economic theory*. London: Pinter Publishers, 1988. p. 221-38.

EDWARDS, N.; HENSHER, M.; WERNEKE, U. Changing hospital systems. In: SALTMAN, R. B.; FIGUERAS, J.; SAKELLARIDES, C. (Ed.). *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham: Open University Press, 1998. p. 236-60.

GADELHA C. A. G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciencia & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 521-35, 2003.

GADELHA C. A. G.; COSTA, L. S.; VIANA, A. L. O Complexo Econômico-Industrial da Saúde e o desenvolvimento nacional. *Revista Princípios: Teoria, Política e Informação*, n. 114, p. 10-15, 2011.

GADELHA, C. A. G. et al. *A dinâmica do Sistema Produtivo da Saúde: inovação e complexo econômico-industrial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

GADELHA, C. A. G.; QUENTAL, C.; FIALHO, B. C. Saúde e inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 1, p. 47-55, 2003.

GADELHA C. A. G.; COSTA, L. S. Saúde e desenvolvimento no Brasil: avanços e desafios. *Revista de Saúde Pública*, v. 46, p. 13-2, 2012a. Suplemento.

GADELHA C. A. G.; COSTA, L. S. Saúde e desenvolvimento Nacional: a gestão federal entre 2003 e 2010. In: MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D. (Org.). *Política de saúde no Brasil:* continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012b.

GALLOUJ, F. L'innovation interactionnelle: un modele neoschumpeterien. In: DJELLAL, F.; GALLOUJ, F. *Nouvelle économie des services et innovation*. Paris: L'Harmattan; 2002. p. 255-83.

GUIMARÃES, R. Bases para uma política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 2, p. 375-387, 2004.

HICKS, D.; KATZ, J. Hospitals: the hidden research system. *Science and Public Policy*, v. 23, n. 5, p. 297-304, 1996.

IBAÑEZ, N. Análise comparada de Sistemas de Saúde. In: IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. (Org.). *Política e gestão pública em saúde*. São Paulo: Hucitec: Cealag, 2011.

LASTRES, H. M. M.; CASSIOLATO, J. E. Inovação e sistemas de inovação: relevância para a área de saúde. *Revista Eletrônica de Comunicação, Inovação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 153-162, jan./jun. 2007.

LEHOUX, P. et al. What leads to better health care innovation? Arguments for an integrated policy-oriented research agenda. *J Health Serv Res Policy*, v. 13, n. 4, p. 4-251, 2008.

OLIVEIRA, E. A.; LABRA, M. E.; BERMUDEZ, J. A produção pública de medicamentos no Brasil: uma visão geral. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2379-2389, nov. 2006.

OLIVEIRA, T. Cenário sócio demográfico em 2022/2030 e distribuição territorial da população: uso e ocupação do solo. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ et al. *A saúde no Brasil em 2030:* diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

PIRES, M. R. G. M.; DEMO, P. Políticas de saúde e crise do Estado de Bem-Estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 15, n. 2, p. 5671, 2006.

RAW, I.; HIGASHI, H. G.Auto-suficiência e inovação naprodução de vacinas e saúde pública. *Estudos avançados*, v. 22, n. 64, 2008.

SANTOS, M. A. B.; PASSOS, S. R. L. Comércio internacional de serviços e complexo industrial da saúde: implicações para os sistemas nacionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 1483-1493, ago. 2010.

SILVA, L. K. Avaliação tecnológica e análise custo efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 501-20, 2003.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004.

VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E. M. Saúde e desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12. 1765-7, 2007. Suplemento.

VIANNA, C. M. M. Política tecnológica e evolução industrial no setor da saúde. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. A. W. *Saúde e sociedade no Brasil:* anos 80. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994. p. 209-52.

______. *A indústria de equipamentos médicos:* uma análise da evolução e estrutura de mercado. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS; 1995.

______. Estruturas do Sistema de Saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 375-390, 2002.

VICTORA, C. G. et al. The Lancet Brazil Series Working Group. Saúde no Brasil 6: condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. *The Lancet*, v. 377, n. 9782, p. 90-102, maio. 2011.

VIDOTTI, C. C. F.; CASTRO, L. L. C.; CALIL, S. S. New drugs in Brazil: do they meet Brazilian public health needs? *Revista Panamericana de Salud Publica,* v. 24, n. 1, p. 36-45, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Medical devices:* managing the mismatch: an outcome of the priority medical devices project. Geneva, 2010.

GESTÃO DA INOVAÇÃO EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Ana Maria Malik

INTRODUÇÃO OU A INOVAÇÃO E A GESTÃO

Já é consensual a percepção de que a transformação da economia depende da inovação. Restam por definir as origens desta. Segundo o Manual de Oslo (OCDE; EUROSTAT; FINEP, 2005), uma das fontes mais citadas a respeito, tanto o crescimento econômico quanto a inovação dependem basicamente do conhecimento. Além disso, cabe perceber que nem sempre os programas de pesquisa e desenvolvimento são a única origem da inovação, porque a realidade é muito mais complexa que as organizações ou os modelos de gestão. Seja como for, percebe-se quatro tipos de inovação nas organizações: de produto, de processo, organizacionais e de marketing. Segundo Dosi (1988), inovação pode ser compreendida como busca, descoberta, experimentação, desenvolvimento, imitação e adoção de novos produtos, processos, técnicas, mesmo que sejam novos apenas no âmbito da organização que os adota. (DOSI, 1988)

Inovação, como objeto de gestão, requer competência em gerenciamento de crises e de problemas, porque certamente a inovação nas organizações de saúde – principalmente nos serviços de atenção – leva a processos com grande grau de incerteza e elevada prevalência de conflitos.

Na área de empresas, Tidd, Bessant e Pavitt (2008) afirmam que é difícil desenvolver um modelo que consiga integrar a mudança tecnológica com a análise estratégica, tendo em vista a existência de diferenças entre as empresas. Para facilitar a análise, definiram cinco possibilidades distintas, entre as quais é possível situar a área da saúde:

1. *empresas dominadas pelo fornecedor*: onde a mudança técnica tem origem a partir dos estímulos oriundos dos produtores de

equipamentos e de insumos para seu funcionamento (a rigor, máquinas e as chamadas “soluções”). Nesses casos, a inovação se origina nos fabricantes. Na saúde trata-se de modelo importante, pois diversas organizações se estruturam a partir da busca de novos exames ou procedimentos. Ou seja, a medida da inovação tem a ver com a utilização de tecnologia para reforçar as vantagens competitivas, embora essas novas tecnologias estejam disponíveis para todas as empresas do setor.

2. *empresas intensivas em escala*: onde a função tecnologia é gerada pela definição e operação de sistemas de produção e/ou produtos complexos. Costumam fazer parte da cadeia de valor da saúde como as produtoras de insumos. Tecnologias de processo e produto se desenvolvem de modo incremental, por meio de melhorias em componentes, máquinas e subsistemas. Em geral consistem em mudanças de *design* interno e departamentos de engenharia de produção, experiência operacional e fornecedores especializados.

3. *empresas de base científica:* onde a acumulação tecnológica aparece em unidades de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D), dependendo de conhecimento, competências e técnicas a partir da pesquisa acadêmica. Cabem aqui as universidades, mas também os Institutos de Ensino e Pesquisa existentes em hospitais privados. Consequentemente, se dedicam a desenvolver produtos/serviços tecnologicamente relacionados e a explorá-los.

4. *empresas intensivas em informação*: atuam principalmente em setores de serviços, de maneira a projetar e operar sistemas complexos de processamento de informação, sobretudo em sistemas de distribuição que fazem a provisão de um serviço ou um bem mais sensível às necessidades dos consumidores. Diz a literatura de estratégia em saúde que a falta de sistemas de informações são um dos principais pontos fracos do setor, o que mostra o quanto isto é raro no setor. As existentes são pouco conhecidas e quando conhecidas frequentemente não têm o seu serviço compreendido.

5. *fornecedores especializados:* desenvolvem/oferecem insumos de alto desempenho para sistemas de produção, processamento de informação e desenvolvimento de produtos de alta complexidade, na forma de equipamentos, componentes, instrumentos e (cada vez mais) *software*. Quanto mais especializados, mais se beneficiam com a experiência operacional. Precisam acompanhar as necessidades de clientes, aprendendo a partir de experiência dos mais avançados e adaptando novas tecnologias às demandas dos demais.

Quando se analisa organizações em relação a sua utilização da tecnologia, os mesmos autores mostram que se trata de decorrência do modelo anterior. Assim, podem ser caracterizadas em relação às suas posições estratégicas, como: baseadas em vantagens não tecnológicas; dispondo de produtos e processos seguros; desenvolvendo produtos tecnicamente relacionados; criando novos produtos e serviços e, finalmente, respondendo às necessidades dos usuários. Em relação à utilização de tecnologia em áreas de apoio, pode-se notar integração do novo conhecimento (como em soluções de relações comerciais), exploração em ciências básicas – como é o caso da biologia molecular -, processamento de informações complexas e – mais uma vez – combinação com necessidades dos usuários. Finalmente, em relação aos caminhos a serem seguidos pelas organizações, verifica-se a tentativa de responder demandas dos usuários, a busca da difusão de melhores práticas, a redefinição dos espaços organizacionais, o atendimento às necessidades dos clientes e a conexão com usuários líderes. (TIDD; BESSANT; PAVITT, 2008, p. 192)

O gerenciamento de sistemas estratégicos de Tecnologia da Informação (TI) é uma das atividades mais demandantes em termos de capacidades de gestão, uma vez que o desempenho dessa área pode levar ao alcance de melhores resultados. (WILKIN; CERPA, 2012) É difícil aferir os benefícios que os sistemas de informação trazem, pois eles não são claramente individualizados frente a todos os demais fatores organizacionais. (DELONE; MCLEAN, 2003)

Existem alguns modelos chamados “arquétipos de gerenciamento de inovações”. (TIDD; BESSANT; PAVITT, 2008) Um deles é chamado de *arquétipo de condição estável* e outro de *inovação descontínua*, que permitem compreender a organização segundo algumas variáveis. Por exemplo, uma delas se refere a como a organização percebe o mundo. No arquétipo de condição estável, a premissa é que existem regras do jogo a serem cumpridas, enquanto a inovação descontínua assume que as regras aparecem com o tempo, mas não podem ser antecipadas, requerendo tolerância perante a ambiguidade de soluções possíveis. Em relação à tomada de decisões estratégicas, as organizações “estáveis” alocam recursos em consonância com as regras que percebem e requerem comportamentos de coalizão. Na inovação descontínua o risco é muito alto, pois as decisões precisam ser tomadas com rapidez, frente a situações relevantes que ocorrem em paralelo. Necessariamente, este tipo de organização requer tolerância ao fracasso e comportamento empreendedor. Finalmente, no que diz respeito às rotinas, a estabilidade busca trajetórias definidas e ferramentas técnicas, tanto para a P&D quanto para pesquisa de mercado. Nas organizações menos estáveis, a implementação de projeto baseia-se em começos confusos, com bastante experimentação no decorrer do processo e os vínculos são bastante frágeis.

A INOVAÇÃO E AS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Desnecessário falar sobre a importância da inovação no setor de serviços. O Manual de Oslo, citando Howeels e Tether, os classifica em:

1. serviços que lidam sobretudo com produtos (como transporte e logística);
2. serviços que trabalham com informação (como os *call centers*);
3. serviços baseados em conhecimento;

4. serviços que lidam com pessoas (como cuidados com a saúde).

No entanto, há características da área de serviços que já se tornaram de domínio comum: a distinção entre produto acabado e processos é, com frequência, difícil de perceber, uma vez que produção e consumo ocorrem de forma simultânea. Nesses casos, a inovação também pode ser percebida como um processo contínuo, aparecendo como diversas mudanças incrementais em produtos e processos. A identificação de inovações em serviços como eventos isolados se torna difícil, embora seja desejável perceber a ocorrência de novos fenômenos. Uma inovação pode consistir na implementação de uma única nova diretriz, como, por exemplo, inserir na organização o conceito de sustentabilidade, assumido no edifício, na definição de reduzir a utilização de papel, de rever os processos de compras etc. Cada uma dessas novas ações no sentido de seguir a direção fornecida pela organização, caso siga um processo coerente, pode levar a uma mudança significativa.

No imaginário dos atores da saúde, esta é uma área na qual a inovação está sempre presente, mas isto não é um fato, apenas uma percepção. Isto pode ser percebido de maneira ainda mais presente nas organizações prestadoras de assistência, nas quais a crença da necessidade da inovação constante é disseminada e onde se abandona ou se substitui o conhecido em nome da alegada competitividade (mas que com frequência é do mimetismo) e sem a preocupação com a necessidade do paciente.

Novidade é entendida como algo novo, que não estava disponível, mas que não foge à substituição do anterior por um semelhante. Por exemplo, a substituição de um eletrodoméstico por um mais novo, de outra cor ou simplesmente por outro. Isto pode corresponder ao que o Manual de Oslo chama de "novo para a firma", pensando nas organizações, como um requisito mínimo da inovação. A adoção de inovações envolve um fluxo de conhecimento provindo da difusão de inovações criadas em outra organização. Na área "doméstica" isso tem a ver com a publicidade; nas organizações, inclusive nas de

saúde, idealmente a divulgação dar-se-ia em eventos científicos e nas publicações indexadas e reconhecidas pela comunidade. No entanto, verifica-se o papel da imprensa leiga, pautada por diferentes *stakeholders*, nessa disseminação de informação (não cabe falar em conhecimento, porque nem sempre se verifica a acurácia daquilo que se informa – ou a preocupação com ela).

É muito comum dizer que uma das causas do crescente aumento de custos no setor é a inovação tecnológica, inclusive porque o novo conhecimento ou o novo equipamento termina por não substituir o anterior, somando-se a ele. Às vezes, um potencializa o outro (embora isso não seja decisivamente aceito, a terapia medicamentosa psiquiátrica pode ser ajudada pela psicoterapia). Às vezes, um complementa o outro (como na área de imagens). No entanto, pode ocorrer de ser usado mais de um exame ou mais de um procedimento basicamente porque eles estão disponíveis ou porque são reembolsáveis, levando ao que se chama *misuse* ou *overuse.* (OCDE, 2010)

Perante a isso, já se tornou habitual falar de dois tipos de inovação: radical e incremental. A radical assume uma ruptura com "o anterior", presume algo novo, praticamente um novo paradigma. (KUHN, 2003) Por exemplo, uma organização assistencial *paperless,* na qual inclusive os exames de imagem sejam vistos por meio de dispositivos informáticos (isto já é possível, mas sua implantação tem sido muito retardada pela cultura dos hospitais e dos profissionais que neles trabalham). Como exemplo de inovação incremental na área da saúde, podemos considerar os avanços que permitem ver claramente o interior do corpo humano, sem necessidade de cortá-lo. A inovação incremental assume a modificação em uma parte de um processo ou de um produto. (LEMOS, 1999) Nesse caso, aparelhos de ultrassonografia que permitem ver as imagens coloridas e em terceira dimensão, ou até dos equipamentos digitais de mamografia.

GESTÃO DA INOVAÇÃO EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Para falar em gestão da inovação é necessário retomar o conhecidíssimo conceito de gestão. Ele pressupõe, conforme os autores mais tradicionais da área (e como pode ser encontrado em qualquer livro texto) que se obtenham resultados por meio do Planejamento, da Organização, do Comando, do Controle e da Coordenação. Por mais que isto seja antiquado – e é, de fato, do final do século XIX – pressupõe alguns comportamentos antes ou durante as ações. O planejamento, por exemplo, não é garantia de sucesso. No entanto, pensar inovação em organizações de saúde é praticamente sinônimo de avaliação tecnológica. Para viabilizar um processo nessa área, o primeiro passo deveria ser instituir um mecanismo por meio do qual a necessidade de qualquer equipamento ou medicamento novo deve ser analisada previamente a sua aquisição. Isto requer a coordenação de uma série de áreas, na busca de informações, que são consideradas como dadas e que dificilmente estão garantidas.

Por outro lado, é necessário discutir também a incorporação de novos processos. Nesse caso, tudo se torna mais complexo, pois pouca gente está preparada para lembrar como eram realizados procedimentos anteriormente (e quando era este "anteriormente"), para o que eles foram alterados, quando e até quando! Mudanças de processos dificilmente são percebidas externamente (às vezes, nem internamente, pois elas são absorvidas com muita rapidez, às vezes prescindindo de treinamentos formais). Trata-se, assim, claramente, de inovações intangíveis. Por vezes, como dizem os estudiosos de cultura organizacional, fazem-se necessários artifícios como prêmios ou selos (e na área da saúde, certificados de acreditação, por exemplo) associados a alterações na forma de operar. (AKTOUF, 2001; FREITAS, 1999)

Neste texto são analisadas as inovações intangíveis que, mesmo sem serem percebidas, influenciam a cultura das organizações e são influenciadas pelos seus operadores. Novas tecnologias são

associadas, com muita razão, à área de assistência médica. Não seria possível falar em um novo paradigma na área assistencial caso não houvesse os novos medicamentos e novos procedimentos para tratar afecções com mais eficácia e eficiência, considerando o tempo de tratamento, e não prioritariamente os seus custos (embora não sejam pesquisados com a mesma ênfase para todos os diagnósticos).

Cada vez mais, procedimentos e equipamentos permitem atender o paciente em domicílio. Muitos insumos e procedimentos foram desenvolvidos de maneira a manter o paciente cada vez menos tempo em ambiente hospitalar. O acesso a alguns medicamentos e procedimentos tem sido facilitado por um aumento na eficiência de sua produção e redução nos seus custos. A eficácia de diagnósticos e tratamentos aumenta em função dos desenvolvimentos incrementais na área. Por outro lado, pode se falar em mais preocupação com segurança, qualidade, redução de iatrogenia. No entanto, a imprensa diária mostra que ainda há muitos problemas evitáveis, independente se eles ocorrem no setor público ou no privado. Em geral, noticiam-se mais problemas em locais com menos estrutura, seja ela assistencial, seja ela administrativa, independente de quem seja o responsável pela remuneração das ações empreendidas.

Para tudo deve haver limites. Inclusive para a inovação! Para isso, preconiza-se sua gestão, de maneira a estudar o que é cabível, considerando aí eficácia e eficiência dos procedimentos, mas também, certamente, sua justificativa em termos de custo benefício ou custo efetividade. Há quem esteja sempre interessado em conhecer o mais novo do mais novo, mas não necessariamente em utilizá-lo, sob o ponto de vista profissional. Também cabe a discussão de quem terá direito, enquanto paciente, a que tipo de tecnologia, assunto que tem a ver com capacidade tecnológica e poder de gasto do país (enquanto financiador direto ou indireto da assistência). No Brasil, existe preocupação com segurança e eficácia dos novos insumos (ou daqueles que devem ser retirados do mercado).

Os fabricantes e os usuários (organizacionais e individuais) se queixam da morosidade nos processos de aprovação, cada um por motivos diferentes. Para estabelecer políticas de saúde coerentes, não é suficiente fazer esses estudos nem dar agilidade aos processos. É necessário estudar as necessidades da população, as evidências científicas existentes e a disponibilidade de recursos. No Brasil, já se tentou implantar este tipo de análise de maneira disseminada, mas o esforço não foi bem sucedido, seja devido à carências de quadros, à falta de interesse do poder público, ao senso de oportunidade política. Em resumo, todos os interessados se sentem prejudicados, por não receberem o que existe de mais novo no mundo, ou por não conseguirem seguir o chamado padrão ouro. Ou seja, cada um busca defender, como é esperado, sua posição ou seus interesses. (FERRAZ, 2008) É necessário esclarecer que todos têm seus interesses, mesmo que não os admitam nem os reconheçam.

DE QUE MANEIRA A GESTÃO EM SAÚDE LIDA COM A INOVAÇÃO?

Estudos realizados nos últimos 10 anos na gestão em saúde no Brasil evidenciam que a inovação na assistência é muito mais presente que na gestão. Em 2002 (MALIK; PENA, 2003), verificou-se que executivos de organizações de saúde de modo geral, na região metropolitana da Grande São Paulo, não tinham visão estratégica.

Trabalhos de 2000, 2003 e 2004 (MALIK; TELLES, 2001; FIORENTINI, 2005; QUEIROZ; VASCONCELLOS, 2005) mostram hospitais preocupados com mimetismo organizacional, buscando aproximar-se daquilo que seus concorrentes ou seus *benchmarks* oferecem. Pesquisas de 2007 (QUEIROZ; MALIK; STAL, 2007; VELOSO; MALIK, 2007) apontam que alguns decisores reconhecem que por vezes usam “orientações” de avaliadores externos para suas tomadas de decisão.

Investigação realizada em 2007 mostrou que, segundo a opinião dos médicos que trabalhavam em hospitais privados, seus dirigentes negociavam valores de remuneração diretamente com as operadoras, sem ouvi-los. (SCHOUT et al., 2009) Nesses hospitais, considera-se às vezes que os médicos são clientes preferenciais, pois trazem pacientes, inclusive com base na sua familiaridade com inovações tecnológicas. Apesar de diversos autores enxergarem o futuro das organizações de saúde como dependente de seu foco nos pacientes e sua proposta de valor (BERWICK, 2009; CLINCO, 2013), até 2013 observa-se que os pacientes chegam aos serviços – quando têm alternativa de escolha, o que não é muito comum na realidade brasileira - por indicação médica, orientação profissional ou referência das operadoras.

Finalmente, estudos de 2005, 2006, 2008 e 2012 evidenciam que as organizações de saúde, públicas e privadas, não sabem ou têm pouco interesse/consideram pouco prioritário lidar com sua cultura. Assim, fica difícil mudar, inovar e até aprender. (ARRUDA, 2006; CLINCO, 2007; STEUER et al., 2009; REIS; LAGUARDIA; MARTINS; 2012) Existem organizações nas quais a inovação é um pressuposto. (SCHEIN, 1996) Aqueles que trabalham em organizações de saúde gostam de imaginar que isto ocorra dentro delas. Na verdade, as resistências entre os profissionais de saúde – principalmente da gestão de saúde – são notórias. (GVsaude – 2006, 2007, 2009, 2010, 2012)

Algumas organizações de saúde brasileiras conhecem tecnologias de gestão contemporâneas, porém, quando o país correu o risco de um *blackout* nacional em novembro de 2009, já em pleno século XXI, ficou patente que diversos hospitais não dispunham de geradores – requisito básico de funcionamento para serviços de saúde. De que adianta a presença de computadores sem energia elétrica? Além disso, embora a informatização seja citada como fundamental para permitir monitorar desde a produção até o valor para os pacientes das organizações de saúde, a presença de computadores não garante que ela ocorra. Nos serviços de saúde já se tornou anedótico o fato de que o *customer relationship management*

(CRM) ou gestão do relacionamento com o cliente ainda seja associado com os Conselhos de Medicina. Quanto às ferramentas de gestão, elas entram e saem da moda. Nos últimos anos verificou-se a prevalência do *Balanced Score Card* (BSC). (FERREIRA JUNIOR, 2011) Em 2013, o *lean management* começa a entrar no setor, no Brasil, mas sempre com atraso frente à área de empresas.

Começa a ser possível falar em valorização da área de gestão em saúde no Brasil, tanto em relação à presença dos profissionais, quanto relativamente à remuneração. O número de cursos de especialização (entre os quais os onipresentes MBAs), presenciais e à distância, assim como dos mestrados profissionais é prova disso, começando apenas a mexer nos comentários do senso comum, que assume que administração em geral é só bom senso. Trabalho realizado há poucos anos em hospitais universitários mostrou que gestores entrevistados acreditavam serem necessários apenas bons profissionais técnicos. (CALDAS, 2008) A rigor, a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), em 2011, faz parte de uma tentativa de mudar este cenário, embora ainda seja cedo para analisar seus resultados. Apesar disso, novidades em fluxos, processos e em área física são ignoradas, apesar de já existir literatura especializada. (VECINA NETO; MALIK, 2011; PAES, 2011; BROSS, 2013)

Segundo Herzlinger (2013), as seis forças que podem permitir a inovação nas organizações de saúde – ou impedi-la – são:

1. os atores: trata-se dos aliados ou adversários que buscam sucesso no setor, que podem viabilizar ou destruir qualquer inovação;
2. o financiamento: são os processos de obtenção de receita e/ou de capital, que na área da saúde são diferentes da maioria dos demais setores;
3. as políticas: referem-se à regulamentação/regulação que permeia o setor, porque fornecedores incompetentes ou fraudulentos podem causar danos irreversíveis aos usuários;

4. a tecnologia: representa as bases para o avanço nos tratamentos e nos processos de prestação de cuidados que podem torná-los mais eficazes e eficientes;
5. os consumidores: são hoje mais ativos e reivindicadores, a rigor levando alguns interessados a questionarem o termo pacientes (que para muitos tem conotação passiva, embora a discussão semântica esteja longe de ser consensual);
6. a *accountability:* é a resposta solicitada pelos consumidores vigilantes e pelos financiadores pressionados pelos custos, uma vez que todos buscam cuidados mais seguros e com relação custo-benefício mais favoráveis em relação aos produtos concorrentes.

INOVAÇÃO EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE E O FUTURO

Pesquisadores envolvidos com a educação em gestão de saúde desenvolveram uma pesquisa e reflexões de caráter internacional a respeito desta questão com vistas ao século corrente. (HERZLINGER, 2006, 2013) Uma das reflexões que cabe na discussão a respeito do futuro é que, embora o conhecimento sobre o que já foi feito seja sempre relevante, não necessariamente a história será uma base adequada para a inspiração. Espera-se que os próximos anos tragam mudanças para os sistemas de saúde, respondendo às necessidades dos novos perfis epidemiológico e demográfico e de redução de custos. No caso, cabe inclusive falar de políticas, uma vez que os custos da saúde não podem acompanhar a renda de todos os países, ou seja, torna-se globalmente uma questão de sustentabilidade.

Por outro lado, apesar das evidências, é comum que os problemas sejam percebidos nos sistemas de saúde de maneira localizada. Por exemplo, fala-se em falta de recursos, sem reconhecer o equívoco do modelo assistencial, ainda focado em pacientes agudos e a

inadequação de sistemas de informação. Desta forma, as questões sistêmicas continuam sem solução. Seria desejável que os processos de solucionar problemas estivessem, de alguma forma, vinculados à capacidade de inovação. Por isso, as questões de comunicação são tão vitais, uma vez que elas deveriam dar nexo à realização de diagnósticos ou às explicações organizacionais.

Uma série de tecnologias implantadas nas organizações não são realmente inovadoras. Um exemplo que se pode dar são os robôs, que estão atualmente implantados em diversos hospitais, embora não necessariamente estejam sendo usados em função de seus plenos potenciais. No entanto, não é raro que se cometam os mesmos erros em diferentes serviços de saúde, por falta de disponibilidade de aprender. Por vezes, seria possível aprender de que maneira fazer; em outras situações caberia identificar o que não se deve fazer. É mais comum as organizações contarem o que fazem sem, necessariamente, explicitar o que teve menos sucesso. Apenas mimetizar as ações pode levar a custos desnecessários e a duplicações de esforços.

Além disso, quando se fala em assistência médica e nos modelos tradicionais de remuneração, por mais que se sugira inovações, que se perceba oportunidades de mudança, os incentivos são para fazer (talvez) melhor (ou de maneira mais barata) o que já se faz, e não para inovar. Isto caracteriza uma contradição na indústria. A rigor, pode-se dizer que os processos, tanto assistenciais quanto administrativos, incorporam novas formas de fazer o mesmo. Mesmo os procedimentos operacionais padrão, as metodologias *lean* demoram a ser incorporadas. Às vezes, o estabelecimento de um sistema de franquias (tão comum na área do varejo) levanta restrições, apesar do potencial de aumentar o acesso, por insegurança quanto à padronização de processos.

Cabe, portanto, reconhecer que nos sistemas de saúde a flexibilidade é rara, pois o modelo de ensino incorpora dogmas e conhecimento estabelecido. Todo o arsenal de cuidados paliativos ainda tem resistências a sua utilização. O assunto redes de assistência, que mudam as relações hierárquicas entre pontos de ação, tem sido muito falado,

mas sua incorporação ao discurso não significa que ele se tenha tornado realidade. Há uma série de premissas que fazem parte desse modelo, considerando que a logística é fundamental, que a socialização de informações sobre os pacientes é imprescindível e que se trata mais de complementaridade que de complexidade crescente. Mudar, passando da assistência estanque de um especialista para cada queixa ou sintoma, para as chamadas linhas de cuidado, é um processo que está sendo discutido no país há anos, mas conta-se nos dedos os casos de sua implantação de fato. A necessidade de conhecimentos e de recursos é diferente daquilo que se observa no cotidiano.

Uma das tendências que parece irreversível na área da saúde é a telemedicina. Por mais que a infraestrutura seja imprescindível e embora ela não esteja disponível de maneira tão disseminada quanto necessário, claramente seus benefícios são visíveis, apesar das barreiras que devem ser vencidas para viabilizar sua implantação. Ela permite, em uma de suas modalidades, contato entre equipe e paciente sem presença física e, a rigor, até mesmo sem contato visual. Em outra, o contato visual ocorre, embora a distância. Nem todos acreditam nisso, nem em sua eficácia. Muito pode ser feito e ainda muito será aprimorado, enquanto a modalidade se populariza e dissemina.

Por isso, é cabível pensar que a inovação é mais necessária nos processos do que nos produtos. Pode-se considerar, *a priori*, que boa parte dos produtos já existe. Trata-se, portanto, de vencer resistências dos diferentes atores e transformá-los no que se chamaria de "*adopters*". Já se sabe, há mais de uma década, que a utilização de tecnologia não é exatamente um fenômeno racional, existindo algumas categorias como *misuse*, *underuse* e *overuse*. (ANDERSON; BROWN, 2001) *Underuse* tem a ver com não prestar algum tipo de serviço de saúde que teria tido um resultado favorável para o paciente. *Overuse* se refere à prestação de algum serviço para o qual o potencial de dano é mais que o de benefício. Finalmente, *misuse* ocorre quando se seleciona um processo adequado, mas ocorre uma complicação evitável,

levando a que o paciente não receba todo o benefício esperado. Ou seja, implantar já não é fácil e, além disso, é necessário cuidar para que a utilização seja adequada.

Empreendedores – ou inovadores intraorganizacionais – podem ser formados. Para isso é necessário que compreendam o que significa um comportamento empreendedor e saber, no mínimo, calcular riscos. Eventualmente, conviver com ele. A incerteza é um dos grandes medos dos participantes da vida organizacional e uma das maiores forças para seu enfrentamento é a comunicação eficaz, baseada em confiança. Além disso, dispor de redes pode facilitar a inserção dos atores nesse campo, pois oferece aos envolvidos uma maior sensação de conforto.

Afinal, de que serve buscar a inovação e sua gestão em serviços de atenção à saúde? Em tese, para orientar a busca de melhoras na saúde da população por meio de algumas combinações de objetivos, uma das combinações possíveis é aquela que associa cuidado à saúde e a valor (entendido como melhora da saúde por recursos despendidos). A outra trabalha com o tripé da sustentabilidade, onde se encontram as pessoas, o planeta e a sustentabilidade financeira (na área de serviços de saúde, o termo lucro é muito pouco apropriado, ainda mais no Brasil, com a quantidade de serviços públicos e/ou sem finalidade lucrativa).

Inovar em saúde é imprescindível, principalmente ante aos novos produtos e às novas informações sempre presentes, que chegam aos diferentes consumidores de diferentes maneiras, até para atender as demandas, que também se modificam, além de aumentarem. No entanto, não se pode permitir que a inovação gerencie a organização. Ela deve ser identificada, avaliada e ponderada por algum gestor, que a implante no serviço para alguma necessidade que não seja apenas a inovação em si mesma.

REFERÊNCIAS

AKTOUF, O. O simbolismo e a cultura de empresa: dos abusos conceituais às lições empíricas. In: CHANLAT, Jean F. (Coord.). *O indivíduo na organização:* dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 2001. v. 2, p. 39-79.

ANDERSON, G. M.; BROWN, A. D. Appropriateness ratings: overuse, underuse, or misuse. *The Lancet*, v. 358, n. 92921475 - 1476, 2001.

ARRUDA, M. F. *Cultura organizacional e inovação*: estudo de caso em um hospital privado com características de inovação no município de São Paulo. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, 2006. Disponível em: <http://gvsaude.fgv.br/sites/gvsaude.fgv.br/files/Monica.pdf>.

BERWICK, D. M. *What "patient-centered" should mean:* Confessions of an extremist. Health Affairs, 2009. Disponível em: <http://content.healthaffairs.org/content/28/4/w555>.

BROSS, J. C. *Compreendendo o edifício da saúde*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013.

CALDAS, B. N. *O papel do dirigente hospitalar*: a percepção de diretores de hospitais universitários vinculados às Instituições federais de ensino superior. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2008. Disponível em: <http://gvsaude.fgv.br/sites/gvsaude.fgv.br/files/barbara.pdf>.

CLINCO, S. D. *O hospital é seguro?* Percepções de profissionais de saúde sobre segurança do paciente. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <http://gvsaude.fgv.br/sites/gvsaude.fgv.br/files/t26.pdf>.

______. *Participação do usuário no seu cuidado*: realidade ou ficção? Tese (Doutorado em Administração) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2013.

DELONE, W. H.; MCLEAN, E. R. Information Systems success: The quest for dependent variable. *Informations Systems Research*, v. 3, n. 1, p. 60-95, 1992.

DELONE, W. H.; MCLEAN, E. R. The DeLone e Mclean Model of Information Systems Success: a ten-year update later. *Journal of Management Information Systems*, v. 19, n. 4, p. 9-30, set. 2003.

DOSI, G. The nature of the innovative process. In: DOSI, G. et al. (Org.). *Technical change and economic theory*. Londres: Pinter Publishers, 1988.

FERRAZ, M. B. *Dilemas e escolhas do sistema de saúde*. Rio de Janeiro: Medbook, 2008.

FERREIRA JUNIOR, W. C. *Ampliação dos serviços hospitalares privados na Cidade de São Paulo:* uma estratégia ou uma aposta. Tese (Doutorado em Administração) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <http://gvsaude.fgv.br/sites/gvsaude.fgv.br/files/Walter_Cintra(1).pdf)>.

FREITAS, M. E. *Cultura organizacional:* identidade, sedução e carisma? Rio de Janeiro: FGV, 1999.

FIORENTINI, S. P. *Ensino e pesquisa em hospitais privados:* estudo de sete hospitais brasileiros, de grande porte, associados à ANAHP, situados no município de São Paulo. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2005.

HERZLINGER, R. E. Why innovation in health care is so hard. *Harvard Business Review*, p. 2-10, maio 2006.

HERZLINGER, R. E - 21st –Century Health Care Management Education: Confronting Challenges for Innovation with a Modern Curriculum. *Health Management Policy and Innovation*, v. 1, n. 2, p. 38-44, 2013.

KUHN, T. S. A *Estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 2003.

LEMOS, C. A inovação na era do conhecimento. In: LASTRES, H. M. M.; ALBAGLI, S. *Informação e globalização na era do conhecimento.* Rio de Janeiro: Campus, 1999.

MALIK, A. M.; PENA, F. P. M. *Administração estratégica em hospitais.* São Paulo, FGV-EAESP, NPP, n. 21, 2003. Disponível em: <http://gvpesquisa.fgv.br/publicacoes/gvp/administracao-estrategica-em-hospitais>.

MALIK, A. M.; TELLES, J. P. Hospitais e programas de qualidade no estado de São Paulo. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 41, n. 3- 51, 2001.

OCDE; EUROSTAT; FINEP. *Manual de Oslo:* diretrizes para coleta e interpretação de dados sobre inovação. 3. ed. Brasília: FINEP, 2005.

PAES, L. R. de. A. *Gestão de operações em saúde*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2011.

QUEIROZ, A. C. S.; MALIK, A. M.; STAL, E. Capacidades dinâmicas, inovação e modelos organizacionais: a trajetória de uma organização hospitalar. In: EnANPAD, 21., 2007. *Anais*... 2007.

QUEIROZ, A. C. S; VASCONCELOS, F. C. Organizações, confiabilidade e tecnologia. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 40-51, 2005.

REIS, C. T.; LAGUARDIA, J.; MARTINS, M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2199-2210, nov. 2012.

SCHEIN, E. H. Culture: the missing concept in organization studies. *Administrative Science Quarterly,* v. 41, n. 2, p. 229-240, Jun. 1996.

SCHOUT, D. et al. Modelo tecno-assistencial do mercado supletivo, seus atores e a qualidade da assistência cardiologia/oncologia. Região Metropolitana de São Paulo. In: OPS; MS; ANS. *Regulação*

e modelos assistenciais em saúde suplementar: produção científica da rede de centros colaboradores da ANS – 2006/2008. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2009.

STEUER, R. et al. *(Re) construção social de uma organização de saúde*. Relatório de pesquisa. SES/SP – GV saúde, 2009.

TIDD, J.; BESSANT, J.; PAVITT, K. *Gestão da inovação*. Porto Alegre: Bookman, 2008.

VECINA NETO. G. ; MALIK, A. M.(Org.). *Gestão em saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

VELOSO, G.; MALIK, A. M. Modern Hospitals are networks of organizations. *Revista Einstein,* v. 5, n. 1, p. 10-5, 2007.

WILKIN, C. L.; CERPA, N. *Journal of Technology and Management Information*, v. 7, n. 2, p. 52-62, 2012.

POLIARQUIA OU HIERARQUIA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE?

Inovação gerencial

Marluce Maria Araújo Assis

INTRODUÇÃO

A temática "rede de atenção à saúde" se reveste de importância pela perspectiva de diálogo construtivo com as diferentes áreas de conhecimento desse campo, como forma de responder aos complexos desafios da produção da saúde e, ainda, potencializar a dinâmica organizativa do modelo de atenção e gestão, com implicações que abrangem relações interfederativas, interinstitucionais, intersetoriais, e entre sujeitos sociais que operam cotidianamente a gestão e a atenção à saúde.

As redes têm sido propostas para administrar políticas e projetos em que os recursos são escassos e os problemas complexos. Essas se organizam por meio da articulação de agentes públicos e privados, centrais, regionais e locais, e por uma crescente demanda por benefícios e por participação cidadã. (FLEURY; OUVERNEY, 2007) As redes significam integração de estruturas, processos e sujeitos. Sem integração não há rede.

Para Mendes (2011), pode-se definir Redes de Atenção à Saúde (RAS) como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão buscam garantir a integralidade do cuidado.

A rede de saúde proposta no Sistema Único de Saúde (SUS) busca articular sistemas, serviços e práticas, compondo os espaços territoriais e suas respectivas populações com suas necessidades e demandas; os pontos de conexão devidamente caracterizados pelas funções e objetivos, envolvem serviços de saúde e setores da sociedade;

o fluxo do atendimento que define a entrada e saída do usuário no sistema; e o sistema de governança operado pelos dirigentes do SUS.

O SUS é gestado como um modelo democrático, embasado na formulação de uma utopia igualitária, com garantia da saúde como direito individual, visando construir um poder compartilhado entre as esferas federal, estadual e municipal, direcionando-se na contramão das tendências predominantes de valorização do pragmatismo e do individualismo enquanto valores universais das sociedades capitalistas.

A preocupação com a organização da rede de atenção à saúde articula-se com a discussão de um sistema único e universal. Pensar em uma rede hierarquizada, regionalizada e organizada por níveis de complexidade são fundamentos que se conectam ao princípio da integralidade e à diretriz da descentralização, visando a integração com formação de redes assistenciais como fundamentos para a organização do sistema de saúde. No entanto, o ideário preconizado e regulamentado nas leis que regem o SUS não tem se legitimidado na prática social.

Nos últimos anos, no Brasil, muitas discussões têm ocorrido acerca da rede de atenção à saúde, tendo sempre como "imagem objetivo" maior cobertura dos serviços e resolubilidade na cadeia organizativa do sistema como um todo. Assim, os serviços e práticas de saúde se organizam, redirecionando enfoques e pautando-se em paradigmas voltados para a compreensão da saúde enquanto direito de cidadania. Uma rede integrada requer, portanto, a remodelagem dos processos de gestão e de atenção à saúde, submetendo-as a crítica no sentido de possibilitar um trabalho integrador e criativo.

Ao reconhecer a complexidade dessa discussão, cabe ressaltar quatro dimensões articuladas e multifacetadas:

1. a relacionada aos territórios sociais que, com seus componentes subjetivos, possibilita a identificação de problemas e desafios econômicos, sociais e culturais para proporcionar equidade aos usuários do SUS em seus diferentes níveis de complexidade do

sistema, pois envolve o processo saúde-doença, crenças e valores dos grupos sociais que vivem nas áreas onde os serviços e práticas são ofertados;

2. a relacionada ao modelo de saúde é um dos nós na construção da rede de saúde pelas dificuldades de superação de práticas centradas em procedimentos, fragmentadas e individualizadas. Um modelo integral requer uma análise crítica das práticas de saúde: de que forma elas estão estruturadas, para quais finalidades se prestam, qual a dimensão do alcance das suas ações, para quem estão voltadas, e qual a concepção saúde-doença dos agentes do processo de trabalho ao lidar com o objeto de sua intervenção no campo da saúde? Assim, a incorporação de uma prática integral tem sido um dos desafios na construção de um modelo de saúde, universal e equitativo, pois teria que aglutinar os dispositivos institucionais de acesso, vínculo, responsabilização e resolubilidade, entre outros, tornando-se complexo e polissêmico;

3. a gestão em saúde nos moldes democráticos exigidos pelo SUS prescinde de novos conceitos relacionados a reformas organizacionais para ampliar a democracia institucional, nos moldes sugeridos por Campos (2000, 2010), com a adoção de sistema de cogestão e de apoio institucional. Nesse sentido, as reformas supõem formas de poder compartilhado entre dirigentes e equipe e entre equipe e usuários, combinando graus de autonomia dos trabalhadores com a definição clara de responsabilidade sanitária. É necessário também trabalhar com as ferramentas do planejamento e da avaliação de modo participativo e com apoio institucional;

4. a dimensão da organização do sistema de saúde busca torná-lo resolutivo e pleno de tecnologias adequadas à "porta de entrada", através da Atenção Básica à Saúde (ABS), para que os encaminhamentos para os demais níveis sejam coerentes com cada demanda/necessidade dos usuários. Nessa direção, este nível deve ser

capaz de resolver 80% das demandas em saúde, desde que sejam reconduzidas as relações de trabalho e a incorporação de dispositivos como o vínculo e o acolhimento no fazer cotidiano dos trabalhadores da saúde. A discussão do fluxo do atendimento é essencial, situando a média e alta complexidade na organização da oferta, orientada pela demanda populacional.

TERRITÓRIOS SOCIAIS E SUBJETIVOS NA COMPOSIÇÃO DAS REDES DE SAÚDE

As RAS são definidas em diferentes territórios sociais, espaços pulsantes e imprescindíveis quando se pretendem cooperação e solidariedade entre os sujeitos e instituições da região para o atendimento das demandas e necessidades em saúde de uma dada população. Essa condição favorece uma definição mais clara da responsabilidade que cabe a cada serviço situado no território, e também melhor articulação intersetorial para intervenção em determinantes de saúde através de integração com outras políticas públicas. (SILVA, 2011) Além disso, as RAS podem se constituir em potências para o estabelecimento de vínculo e corresponsabilização entre dirigentes, equipe, usuários, famílias e grupos sociais para melhoria das condições de vida, na promoção da saúde e nos processos de prevenção e adoecimentos.

No território social, deve-se enfatizar a importância primordial da Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora do acesso dos usuários para os demais pontos de atenção. Nesse sentido, Starfield (2004) define quatro atributos para garantir as suas potencialidades:

1. A atenção ao primeiro contato implica a acessibilidade e o uso do serviço a cada novo problema apresentado pelos usuários e famílias;

2. A longitudinalidade, o que pressupõe uma fonte regular de atenção e o seu uso ao longo do tempo;
3. A integralidade, em que as unidades básicas façam arranjos que permitam que o usuário receba todos os tipos de serviços, mesmo quando estes não podem ser oferecidos de forma eficiente dentro delas, o que inclui encaminhar para os serviços secundários ou terciários ou de suporte fundamentais, e outros serviços comunitários;
4. A coordenação (integração) da atenção, o que requer continuidade da atenção e reconhecimento de problemas.

Esses atributos são retraduzidos por Campos (2007) e Assis e colaboradores (2007), ao sinalizarem que o sistema de saúde deve ser dotado de condições, para se aproximar mais das pessoas, tornando-se mais humano, solidário e, principalmente, mais resolutivo. Nesse sentido, Assis; Assis e Cerqueira (2008) discutem que a APS representa uma possibilidade de assegurar à população o direito à saúde desde que se constitua em prática integral na “porta de entrada” do sistema de saúde.

A APS, definida a partir da Declaração de Alma-Ata, foi considerada portadora de cuidados fundamentais que deveriam ser garantidos a todos dentro de uma lógica de prevenção, reabilitação e de articulação com os demais níveis de atenção, representando “porta de entrada” capaz de garantir o acesso e a utilização dos serviços demandados, o que aproximaria instituições de saúde e comunidade. Essa declaração representou:

> [...] um marco, em termos de ‘imagem-objetivo’ para o reordenamento dos sistemas de saúde no mundo, capazes de contemplar as necessidades mais complexas que fazem parte do contexto social, político e econômico das populações, introduzindo a participação comunitária como estratégia essencial desse modelo. (ASSIS et al., 2007, p. 2)

A perspectiva de focalização na família, entendida como sujeito social principal e reconhecida como unidade social para execução das práticas de saúde, veio mais tarde a influenciar a criação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, como orientador da APS no Brasil (ASSIS et al., 2008), adquirindo o objetivo de reorganizar a prática assistencial em substituição ao modelo hegemônico, reafirmando os princípios básicos do SUS de universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade.

A Saúde da Família, inicialmente pensada enquanto programa, avançou como proposta estratégica na reorganização da APS, ou reinterpretada pela experiência brasileira como ABS, negando as versões de que representaria apenas um programa caracterizado por uma medicina simplificada e familiar. Para Assis e colaboradores (2007), o PSF se apoiou originalmente no referencial de vigilância à saúde, organizando suas ações em torno do saber epidemiológico e na territorialização. No entanto:

> [...] ainda que esse modelo tenha contribuído para o reordenamento dos saberes e fazeres no cotidiano da APS, ele tem sido insuficiente para mudá-lo, considerando que são necessárias alternativas que aprofundem o papel do sujeito político e da reforma, além do resgate da clínica, compondo uma atenção que articule a epidemiologia, o planejamento em saúde, a clínica e a gestão dos serviços, envolvendo saberes e práticas interdisciplinares, democráticas e horizontais. (ASSIS et al., 2007, p. 6)

Diante disso, os territórios sociais de intervenção devem ter como finalidade última a produção do cuidado individual e/ou coletivo, operado por saberes tecnológicos que valorizem o campo relacional e da intersubjetividade, operando, deste modo, o encontro com o mundo das necessidades dos usuários. (MERHY, 2006)

Apenas dessa maneira as práticas de saúde podem se conectar em seus diferentes saberes, cujos sujeitos produtores podem convergir em algum ponto da rede (equipes, entre equipes, interinstitucional,

intersetorial, entre outros), produzindo um nó (único elemento constitutivo da rede). Talvez discutir a ideia de que não existe um lugar privilegiado para se fazer e pensar saúde; são múltiplas as entradas e conexões que compõem os atos produtivos da saúde. Não faz sentido, portanto, falar de um só profissional, mas de equipe, de instituições e de setores da sociedade que se conectam com a realidade social, travestidas de problemas e desafios de ordem econômica, social e cultural. Para tanto, não se pode perder de vista a busca incessante da equidade, na dinâmica cotidiana de se fazer a atenção à saúde na rede de serviços em seus diferentes níveis de complexidade do sistema, pois adentra no campo da subjetividade em sua dinâmica relacional, envolvendo a compreensão do processo saúde-doença, cultura, crenças e valores de sujeitos e grupos sociais que vivem em diferentes territórios nas áreas onde os serviços se organizam para ofertar a atenção nos âmbitos local e regional.

Assim, o cuidado é entendido enquanto uma ação que busca resolver as necessidades dos usuários com ferramentas que vão além da execução de conhecimentos técnicos, cientificamente fundamentados, mas que também se apropriam do campo subjetivo, marcados pela capacidade de ouvir o que o outro tem a dizer, de se aproximar de seu mundo, de enxergá-lo em sua totalidade. Deste modo:

> [...] quando o cientista e/ou profissional da saúde não pode prescindir da ausculta do que o outro [...] deseja como modo de vida e como, para atingir esse fim, pode lançar mão do que está disponível (saberes técnicos inclusive, mas não só, pois há também os saberes populares, as convicções e valores pessoais, a religião, etc.), então de fato já não há mais objetos apenas, mas sujeitos e seus objetos. Aí a ação assistencial reveste-se efetivamente do caráter de cuidado. (AYRES, 2004, p. 86)

Para Ayres (2004, 2009), é preciso ouvir mais, ver mais, tocar mais, alcançando um sucesso prático que caminha em conformidade com os projetos de felicidade dos indivíduos. É preciso voltar-se

para a presença do outro, para além da dimensão corporal visualizada pelas ciências biomédicas, otimizando a interação, dentro de uma concepção relacional e dialógica que flui como redes de conversação.

Almeja-se, em última instância, alcançar a saúde, a qual extrapola o horizonte normativo estabelecido pela biomedicina, de caráter tecnocientífico, em que se relacionaria apenas à normalidade morfofuncional. A saúde se expressa como um valor de caráter contrafático e intersubjetivo que nunca será completo, pois depende da busca incessante e contínua das ideias de bem-viver enquanto se está vivo, ou seja, a busca da saúde se orienta por uma espécie de horizonte normativo, o qual pode ser denominado de "projeto de felicidade" que estará sempre inacabado, em construção. (AYRES, 2004, 2009)

A rede de saúde precisa se apropriar de um dos seus mais importantes sentidos: promover uma intervenção centrada no usuário que seja capaz de permitir a autonomia dos indivíduos no seu modo de "andar a vida", sem perder de vista a dimensão cuidadora que deve estar presente em qualquer ato produzido em saúde. Pois é através do diálogo e da negociação, marcados pela intersubjetividade entre gestor e trabalhador, e entre trabalhador e usuário, que é possível encontrar caminhos que conduzam à resolução das necessidades colocadas nos diversos momentos que são produzidos os encontros, nos processos de promoção à saúde, de prevenção e adoecimentos.

MODELO DE GESTÃO E ATENÇÃO EM SAÚDE: COMO RESSIGNIFICAR AS PRÁTICAS NA REDE SUS?

O modelo de gestão e atenção em saúde tem recebido inúmeras críticas por ter se mostrado incapaz de responder aos problemas e necessidades dos usuários do sistema.

A forma como têm sido geridos os sistemas e serviços de saúde obedece a certa racionalidade gerencial, ordenada por normas que

valorizam a produção quantitativa dos serviços, sem critérios de avaliação qualitativa, não possibilitando, muitas vezes, a vinculação do trabalhador com o sistema.

Campos (2000) propõe uma reconstrução crítica do modelo em vários planos: o da política, da sociabilidade, da gestão e mesmo da epistemologia. Assim, defende a necessidade de também gestar-se outro paradigma para a gestão em saúde. Um paradigma que reconheça e conviva com a autonomia relativa dos trabalhadores, mas que desenvolva formas de controle sobre o trabalho segundo a perspectiva dos usuários e também levando em consideração o saber estruturado sobre saúde. A construção de um novo paradigma em gestão pretende-se articular saberes sobre a subjetividade com temas que possam ressignificar o trabalho em saúde.

Uma das tentativas de se pensar um novo modo de gestão em saúde é protagonizada pelo Ministério da Saúde, na denominada política Humaniza SUS (BRASIL, 2004), que valoriza a autonomia dos trabalhadores e usuários, a discussão sobre a clínica ampliada, a busca da integralidade e de novas formas de produzir as práticas. No entanto, referem Campos (2010), Assis e colaboradores (2010) que, a incorporação destes novos conceitos depende de reformas organizacionais e também do processo de trabalho voltado para ampliar a democracia institucional, com o envolvimento dos sujeitos que produzem e consomem os serviços de saúde.

Por outro lado, como refere Santos (2007), constata-se no SUS a produtividade das ações de saúde promovendo inclusão social, convivendo-se com o desafio do "assistenciocentrismo", dos atos evitáveis e desnecessários, da prática de aceitar a média complexidade como porta de entrada, da medicalização e do modelo da oferta. Para o autor, há em curso duas realidades simultâneas: o "SUS que dá certo", que se configura em "ilhas" ou "nichos" e se evidencia no grande número de mostras de experiências municipais, regionais, estaduais de sucesso – apesar do seu grande número, elas são muitas vezes

temporárias e reversíveis; e a persistência das distorções com grande e desregrado crescimento da demanda espontânea, encaminhada ou judicializada aos bens e serviços de maior custo do SUS, em benefício dos consumidores de planos e seguros privados de saúde. Esse fenômeno vem aprofundando a iniquidade e a fragmentação do atendimento, tornando o SUS complementar ao mercado, refém do "modelo da oferta" e mais "pobre para os pobres".

Nessa seara de discussão, não se deve perder de vista a produção de atos cuidadores eficazes, que tenham a capacidade de alcançar a cura, a promoção e a proteção da saúde, responsabilizando os gestores e trabalhadores de saúde, tendo em vista a construção de alternativas que ultrapassem a lógica mercantil, centrada na produção de procedimentos e em núcleos de intervenção focalizados e profissional-centrado, para outra que valorize o compromisso com a defesa da vida das pessoas.

Nesse contexto, o SUS deve ser resgatado, tendo em vista a construção de um modelo pautado por uma nova lógica de produzir saúde, mais equânime, integral, universal e, por fim, resolutivo. No entanto,

> O desenho organizacional da rede de serviços brasileira, ainda que venham ocorrendo importantes transformações, ainda está longe de atingir uma racionalidade que assegure eficácia e eficiência ao sistema. Pode-se considerar que o modelo brasileiro é híbrido, combinando um formato tradicional com novos modos de atenção. (CAMPOS, 2007, p. 104)

Campos (2007) advoga que não existe um único modelo que possa ser considerado ideal para todo o SUS, pois o modelo adequado deve ser construído em cada caso, de acordo com a tradição e os problemas específicos de cada local. Contudo, considera algumas balizas importantes na construção desse modelo, como a busca de maior eficácia e eficiência; o aumento da capacidade de gestores e trabalhadores em estabelecer compromissos e contratos com os usuários; produzir o

menor dano possível e, por fim, aumentar os coeficientes de autonomia e de autocuidado.

A complexidade do processo de mudança do modelo de atenção exige iniciativas "macro-sistêmicas" que possam criar condições para que ocorram mudanças no nível micro das práticas de saúde, tanto em relação ao seu "conteúdo" em direção à solução dos problemas e atendimento das necessidades da população, quanto no processo de trabalho dos serviços que compõem os diversos níveis de complexidade do sistema. (TEIXEIRA, 2003)

Para Merhy (2006), não há receitas, pois sempre será necessário enfrentar as tensões constitutivas presentes nos terrenos da política e do processo de trabalho que opera no cotidiano da produção dos modelos de atenção, entendendo que a saúde é terreno de permanente estruturação e de conflitos, e por isso:

> [...] qualquer que seja o arranjo que se imponha, não há como anular aquele território tenso e aberto do 'fazer saúde', não há como não experimentar, o tempo todo, a emergência de novos processos instituintes que podem ser a chave para a permanente reforma do próprio campo das práticas, o que constitui em si desafios constantes para qualquer paradigma a ser adotado. (MERHY, 2006, p. 34)

Pois é no campo das práticas, no "trabalho vivo em ato", que vai se configurando a produção das práticas a partir das relações que se estabelecem entre os sujeitos envolvidos, que estão sempre a exercer certo "autogoverno", e que vai determinar, em última instância, se aquilo que foi estabelecido como modelo pelos gestores e trabalhadores vai realmente se efetivar na produção das ações de saúde.

Um dos requisitos para lograr a integralidade e resolubilidade da atenção é que o usuário, a depender das suas necessidades e demandas, tenha garantido o acesso aos três níveis de atenção. Para Cecílio (1997), o modelo da pirâmide, que foi idealizado na construção do SUS

pelo movimento sanitário, representaria a possibilidade de racionalização do atendimento através de um fluxo ordenado de baixo para cima e de cima para baixo, o que viria a permitir o atendimento das necessidades de saúde dos usuários nos espaços tecnológicos adequados.

O modelo piramidal seria constituído por uma ampla base composta pelas unidades de saúde que seriam responsáveis pela atenção básica a uma população delimitada, visando um cuidado integral dentro de suas possibilidades através de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, representando o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde. O nível de média complexidade, localizado na parte intermediária da pirâmide, tem como objetivo o atendimento dos principais agravos de saúde da população através de procedimentos e atendimentos especializados, sendo composto por exames, especialidades clínicas e cirúrgicas, atendimento de urgência e emergência e hospitais gerais. No ápice da pirâmide, encontra-se o nível mais complexo, ocupado pelos serviços e hospitais de maior complexidade.

Defender o sistema de saúde como uma pirâmide relaciona-se com a ideia de expansão da cobertura e democratização do acesso, racionalização de recursos, a proximidade dos usuários, enfim, pensar num modelo de atenção justo e que de fato resolva os problemas daqueles que demandam os serviços de saúde. (CECILIO, 1997)

Entretanto, na prática, muitas dificuldades têm sido encontradas na concretização de um sistema de saúde integrador e integral. A rede básica ainda não conseguiu se efetivar como "porta de entrada" do sistema, papel desempenhado, muitas vezes, pelos hospitais e serviços de emergência, além disso, o acesso aos serviços especializados e às cirurgias eletivas são extremamente difíceis e demorados.

Essa realidade leva os usuários a tentar entrar pela "porta" que lhes parece mais fácil ou possível, na tentativa de garantir a atenção. Por isso, Cecílio (1997) propõe pensar o sistema como um círculo, com múltiplas possibilidades de entrada, em que cada uma dessas

entradas seja qualificada na direção do acolhimento e reconhecimento dos grupos mais vulneráveis, para possibilitar "a garantia de acesso ao serviço adequado, à tecnologia adequada, no momento apropriado e como responsabilidade intransferível do sistema de saúde." (CECILIO, 1997, p. 477)

No campo específico da organização do trabalho em saúde observa-se uma fragmentação dos processos e práticas, em que cada trabalhador realiza parcelas do trabalho sem uma integração com as demais áreas envolvidas. (MATOS et al., 2010; ASSIS et al., 2010a) Essa situação tem sido apontada como uma das razões que dificulta a realização de um trabalho em saúde mais integrador, comprometido e com a qualidade, tanto na perspectiva daqueles que o realizam como para aqueles que consomem. Considerando-se a realidade e as especificidades da prática em saúde, que é desenvolvida por seres humanos para outros seres humanos, cuja complexidade ultrapassa os saberes de uma única profissão, é preciso ressignificar o modo de operar cotidianamente o fazer em saúde, na perspectiva interdisciplinar, intersetorial e transdisciplinar, por uma necessidade própria da evolução do conhecimento e da complexidade que vão assumindo os problemas de saúde no contexto atual e futuro.

Desse modo, uma questão importante a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde, no sentido de torná-los verdadeiros produtores do cuidado, é reorganizar os processos de trabalho na direção das necessidades dos usuários, através de diretrizes de acolhimento, vínculo e responsabilização, estabelecendo uma "linha de produção do cuidado" (ASSIS et al., 2010a), disparada a partir de um projeto terapêutico que indique os atos assistenciais necessários para atender o problema de saúde do usuário com base no nível de complexidade do sistema, e que conduza a fluxos assistenciais seguros e tranquilos aos usuários através de redes integradas, de modo a atender as suas necessidades.

REFLEXÕES FINAIS

Como reflexão final, procuro responder a provocação do título deste capítulo: Poliarquia ou hierarquia nas redes de atenção à saúde?

O projeto SUS foi concebido e legitimado em Lei (8080 e 8142), pautado em uma rede hierarquizada para ser operada com a referência e a contrarreferência. Infelizmente, após 23 anos de sua regulamentação, o sistema não conseguiu legitimá-la na prática social. Convive-se com dificuldades de acesso, longas filas e baixa resolubilidade, principalmente na média e alta complexidade, a despeito da ampliação da oferta de serviços na ABS.

Muitos sanitaristas históricos preocupados com esta situação têm proposto alternativas para a reorganização do sistema, conforme discutido acima por Cecílio (1997), propõe um modelo circular com múltiplas portas de entrada, argumentando que o usuário superlota as urgências e emergências, configurando uma das principais formas de entrada no sistema.

Mendes (2011) traz à baila a discussão de redes de atenção à saúde, argumentando que os sistemas fragmentados, na prática, são organizados de forma hierarquizada, com cuidado centrado no profissional, organizados por componentes isolados e com valorização da gestão da oferta, entre outros atributos. Por outro lado, discute que a rede de atenção deve ser organizada de forma poliárquica, contínua, com atenção integral e gestão de base populacional.

Autores como Merhy (2002, 2006) discute a rede como parte da discussão do trabalho em saúde, valorizando a micropolítica do processo de trabalho. O acolhimento se constitui em uma diretriz importante, que pode estar presente em todos os momentos de conexão da rede de sujeitos e instituições, situando o usuário como principal protagonista. Propõe uma mudança de lógica de organização dos serviços, humanizando as relações trabalhadores-usuários, superando o modelo médico-centrado para um usuário-centrado.

Um ponto comum entre os autores em destaque, diz respeito à defesa do SUS, que também compartilho. As diferentes perspectivas apresentadas podem dialogar em busca de soluções que de fato possibilitem um sistema universal, integral e resolutivo. Nesse sentido, tenho dúvidas se um sistema poliárquico, nos moldes de Mendes (2011), responde aos ditames do SUS. Defendo a ideia de uma rede integrada que articule estrutura, processos e sujeitos, interagindo o micro e o macropolítico, o subjetivo e o objetivo, rompendo com a burocratização excessiva e o produtivismo.

Urge a necessidade de superação da estrutura fragmentada de atenção à saúde, focalizada em determinados serviços que se organizam por meio de diferentes pontos de atenção à saúde, isolados e desconectados uns dos outros, e que, por consequência, são incapazes de atender de forma organizada as necessidades dos usuários. Responsabilizar-se pelos problemas de saúde da população do território de intervenção, nos moldes de uma população adscrita, impõe uma nova dinâmica de compromisso com o SUS. A unidade de saúde passaria então a organizar sua demanda, de acordo com as necessidades e prioridades, através da escuta qualificada, pautada na diretriz do acolhimento. A mudança precisa ocorrer no espaço micropolítico dos processos de trabalho, no cotidiano dos serviços de saúde, ou seja, no "trabalho vivo em ato" (MERHY, 2002), que representa uma força operando continuamente em processo e em relações, como palco estratégico para a transformação do agir em saúde.

Nesse contexto, o diálogo entre os trabalhadores, gestores e usuários teria que ser permanente, bem como a intercomunicação com as diferentes unidades da rede. A ABS precisa se comunicar permanentemente com a média e alta complexidade, num sistema articulado que fomente a corresponsabilização entre todos os sujeitos envolvidos, com respostas rápidas e eficientes.

A gestão precisa conversar com os trabalhadores que atuam na prática, ou seja, uma rede integrada exige um novo modo de fazer gestão, pautada na democracia institucional, participação do trabalhador e do

usuário, horizontalidade das relações e compromisso com os princípios da universalidade e da integralidade, pilares do SUS. Incluir pessoas na roda, assumindo uma nova postura, acreditando na possibilidade de mudança. Abrir espaços para produzir um cuidado que vise o acolhimento, o vínculo, a resolução e a autonomização. Um espaço privilegiado para estabelecimento de novas forças instituintes, capazes de modificar a realidade instituída em busca de um serviço que se coloca em defesa da vida.

Como diria Fernando Pessoa:

> Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas [...] Que já têm a forma do nosso corpo [...] E esquecer os nossos caminhos que nos levam sempre aos mesmos lugares [...] É o tempo da travessia [...]
> E se não ousarmos fazê-la [...] Teremos ficado [...] para sempre [...] À margem de nós mesmos [...]

REFERÊNCIAS

ASSIS, M. M. A. et al. *Produção do cuidado no Programa Saúde da Família:* olhares analisadores em diferentes cenários. Salvador: Edufba, 2010a.

______. A expressão saúde, organização da rede de serviços e cuidado integral no SUS: descompassos entre o marco normativo e a legitimidade social. In: BLIACHERIENE, Ana Carla; SANTOS, José Sebastião (Org.). *Direito à Vida e à Saúde:* impactos orçamentário e judicial. São Paulo: editora atlas, 2010b; p. 237-254.

_____. Atenção Primária à Saúde e sua articulação com a Estratégia Saúde da Família: construção política metodológica e prática. *Revista de APS,* Juiz de Fora, v. 10, p. 189-199, 2007.

ASSIS, M. M. Araújo; ASSIS, A. A.; CERQUEIRA, E. M. Atenção Primária e o Direito à Saúde: algumas reflexões. *Revista Baiana de Saúde Pública,* Salvador, v. 32, n. 2, p. 297-303, 2008.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.

______. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*, v. 18, suplemento 2, p. 11-23, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cartilha Política Nacional de Humanização* – gestão participativa e co-gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, G. W. de S. *Um método para análise e cogestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

______. *Saúde Paidéia*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

______. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2337-2344, 2010. Disponível em: <www.cienciaesaudecoletiva.com.br>. Acesso em: abr. 2013.

CECÍLIO, L. C. de O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A. M. *Gestão de redes:* a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P. de; SOUSA, G. W. de. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem,* v. 63, n. 5, p. 775-781, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/reben>. Acesso em: 4 abr. 2013.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. 2. ed. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2011.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. *Agir em saúde:* um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 71-112.

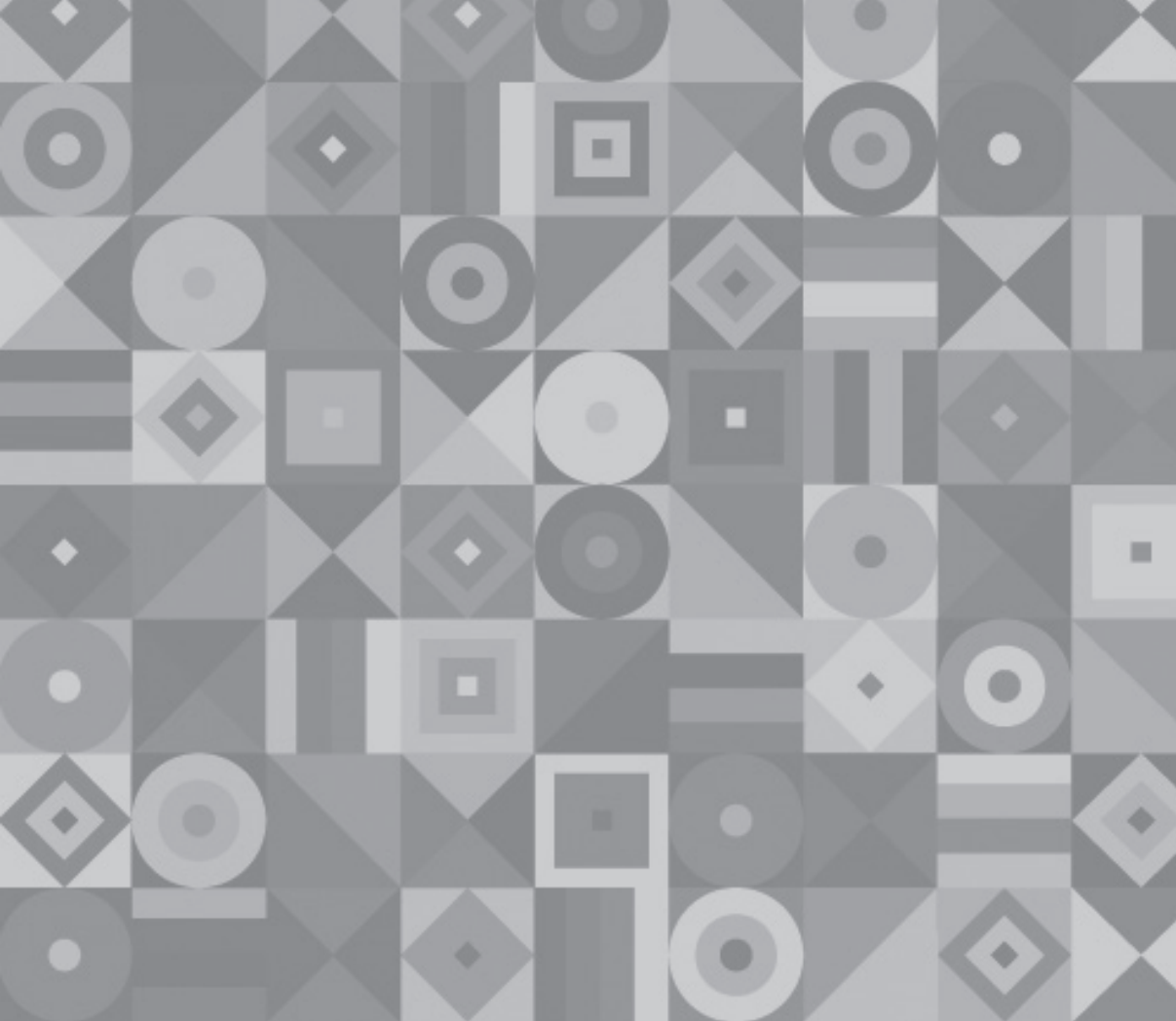
______. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, Emerson Elias et al. *O trabalho em saúde:* olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 15-35.

PESSOA, F. *Poemas de Alberto Caieiro.* Disponível em: <pensador.uol.com.br/tempo_de_mudanca/>. Acesso em: 7 maio 2013.

SANTOS, N. R. dos. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 429-435, 2007. Disponível em: <www.cienciaesaudecoletiva.com.br>. Acesso em: 4 abr. 2013.

SILVA, S. F. da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva,* v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011. Disponível em: <www.cienciaesaudecoletiva.com.br>. Acesso em: 4 abr. 2013.

STARFIELD, B. *Atenção Primária*. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde/UNESCO/DFID, 2004.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde: desatando nós, criando laços. *Saúde em debate,* Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 257-277, 2003.

EIXO III

Comunicação organizacional e difusão de inovações gerenciais em serviços de saúde

AS REDES E A DIFUSÃO DE INOVAÇÕES

Sonia Maria Fleury Teixeira

As ciências sociais passaram a dar crescente ênfase ao estudo das instituições sociais na busca da compreensão das grandes questões relativas às interações sociais, buscando superar as dificuldades apresentadas pelas abordagens comportamental e organizacional, para tratar simultaneamente do ator, da ação coletiva e das estruturas normativas que tendem a ser identificadas como o sistema no interior do qual ela ocorre. A corrente do neoinstitucionalismo busca entender a cooperação voluntária que gera a ação coletiva evitando reduzi-la ao somatório de ações individuais, racionais e utilitárias que pouco leva em conta uma visão diacrônica e situacional, além de não fornecer critérios normativos para avaliação. As instituições são vistas em um sentido amplo, englobando todo tipo de regras idealizadas pelos homens para criar ordem e reduzir incertezas nos intercâmbios. (NORTH, 1995) Assim, as instituições e organizações – respectivamente as regras do jogo e a divisão de tarefas entre os agentes que participam – afetam a economia e a sociedade ao dar forma e estruturar as interações humanas, reduzindo as incertezas, induzindo à cooperação e assim diminuindo os cursos das transações.

A forma ampla como são definidas as instituições – que engloba tanto as estruturas e normas formais quanto aquelas menos formais como as tradições, hábitos e valores – entende-as como contingências que delimitam o lugar no qual o comportamento dos atores ocorre, desenvolvendo padrões de interação e comunicação em situações de cooperação e canais onde possam realizar a transação dos conflitos. Dentro do neoinstitucionalismo são identificadas três visões distintas: a escolha racional, institucionalismo histórico e o sociológico. (HALL; TAYLOR, 1996)

Mesmo para os institucionalistas da corrente da escolha racional, que enfatizam o comportamento utilitário dos atores, as instituições delimitam o campo de escolhas e oferecem estímulos específicos que direcionam as estratégias dos atores, na busca por maximizar seus interesses, para que seja alcançada por meio da ação coletiva. Nesse sentido, elas reduzem os custos da transação ao contar com um sistema de incentivos que favorecem a cooperação e asseguram benefícios que reforçam padrões desejados de interação.

Já numa perspectiva sociológica, as instituições e organizações devem ser elas mesmas, vistas como expressão de normas culturais, representações sociais e construções simbólicas da realidade social que fornecem sentido às ações e à interpretação do mundo e difundem padrões identitários legitimados socialmente, por meio dos quais os indivíduos se constroem como sujeitos e se relacionam em sociedade de forma cooperativa. A partir dessas cartografias os indivíduos orientam-se no mundo e compartilham valores e práticas. Nesse sentido as instituições incluem conteúdos culturais e simbólicos participando da construção de identidades e significados, ao mesmo tempo em que as ações dos sujeitos, por sua vez, constituem instituições.

O neoinstitucionalismo histórico enfatiza a importância da trajetória das instituições, com ênfase nas instituições formais, cujo percurso gera condições de dependência (*path-dependency*) que definem o escopo das escolhas possíveis por parte dos atores, além de distribuírem diferencialmente os recursos de poder entre eles. Nesse sentido, afirmam o desenvolvimento a partir de relações de dependência em relação à estabilidade dos padrões de interação e funcionamento organizacional que as instituições asseguram, sendo que, apenas em momentos nos quais esses padrões já não têm eficácia dão lugar a uma conjuntura crítica, com rupturas e inovações.

As redes são um tipo peculiar de instituição, capaz de superar grande parte dos dilemas relativos à dualidade ator/estrutura, embora coloque novos desafios relativos à coordenação das interdependências e

governança em caso de redes de políticas. Ou seja, supera-se o dilema sobre se o ator está imerso em um sistema ou se o sistema é o resultado de atores que se relacionam, ao entender que não há distinção entre atores e sistemas em estruturas reticulares. No entanto, ao tomar como nódulos das redes atores/instituições e os vínculos que os conectam entre si, em um contexto interinstitucional e interorganizacional, as questões de coordenação e interdependência ganham tanta ou mais importância que os padrões de interação.

A combinação dos supostos institucionalistas com aqueles da teoria da escolha racional concebe as redes como instituições informais que se baseiam em regras acordadas para chegar a um objetivo comum, ou seja, institucionalizando um mecanismo de coordenação horizontal e reduzindo assim os custos de informação e transação, criando confiança e reduzindo incertezas. (SCHARPF apud BÖRZEL, 1997)

As redes podem ser vistas, combinando a visão do institucionalismo sociológico com o histórico, como forma de estruturação do social, permitindo acesso diferenciado a recursos de poder, simbólicos, materiais ou informacionais. Através da teia de relações é possível aceder a diferentes tipos de capital, além do fato de que as próprias relações de confiança mútua são também consideradas como capital social.

O pressuposto central da análise de redes sociais incorporado aqui é o de que o social é estruturado por inúmeras dessas redes de relacionamento pessoal e organizacional de diversas naturezas. A estrutura geral e as posições dos atores nessas redes moldam as suas ações e estratégias (constrangendo inclusive as alianças e confrontos possíveis), ajudam a construir as preferências, os projetos e as visões de mundo (já que esses "bens imateriais" também circulam e se encontram nas redes) e dão acesso diferenciado a recursos de poder dos mais variados tipos, que em inúmeros casos são veiculados pelas redes (desde *status* e prestígio até recursos mais facilmente mensuráveis, como dinheiro e informação). (MARQUES, 1999, p. 46)

Nessa perspectiva relacional, as redes favorecem tanto a coesão social (*bonding*) ao auxiliar na construção de identidades e reforçar o sentimento de pertencimento assim quanto a integração social (*bridging*), ao reduzir o isolamento e construir padrões de sociabilidade entre grupos. (MARQUES, 2007)

Para entender o fenômeno das redes propõe-se a abordagem do construtivismo social baseado no método fenomenológico. É através da interação dos participantes na rede de políticas que as impressões e experiências ganham significado, para além dos interesses egoístas individuais. Neste caso, a ênfase deixa de ser na perseguição dos objetivos comuns para enfocar o processo comunicacional, por meio do qual os membros da rede compartilham um conjunto de valores, conhecimentos e percepções dos problemas.

No entanto, a perspectiva relacional não tem em conta questões relacionadas à gestão das redes, envolvendo fundamentalmente a coordenação das interdependências e a eficácia dos arranjos interorganizacionais e interinstitucionais para a consecução dos objetivos comuns.

A explicação sobre a proliferação das redes atribui aos fenômenos, como a globalização e ao aprofundamento do processo de modernização, a imposição de processos de crescente diferenciação social e setorial, fragmentação e transcendência das fronteiras territoriais e políticas, gerando novas necessidades em relação à coordenação social. Lechner (1997) identifica dois paradigmas tradicionais de coordenação: por um lado, a coordenação política exercida pelo Estado de forma centralizada, hierárquica, pública e deliberada. Por outro lado, o paradigma de coordenação via mercado implica em ações descentralizadas, privadas, horizontais e não deliberadas (equilíbrio espontâneo dos interesses).

A multiplicidade de atores sociais influenciando o processo político, seja na decisão, execução ou controle de ações públicas, sinaliza para o florescimento de uma sociedade policêntrica, na qual se organizam distintos núcleos articuladores. Adquirem relevância as

propostas de descentralização das políticas públicas, na qual o poder local assume o protagonismo na articulação entre organizações governamentais, empresariais e sociais, ampliando a rede de ação pública por meio da inclusão de novos atores políticos.

Nesse aspecto, a formação das estruturas policêntricas, que configuram uma nova esfera pública plural, advém tanto de um deslocamento desde o nível central de governo para o local quanto da esfera do Estado para a sociedade. Processos como a descentralização e o adensamento da sociedade civil convergem para formas inovadoras de gestão compartilhada das políticas públicas.

A necessidade de horizontalização das relações, aumento da comunicação e diálogo entre os atores envolvidos tem levado a profundas transformações na estrutura administrativa e política do Estado, mas a busca de formação de consensos que permitam ações cooperativas baseadas em valores compartilhados também afasta a lógica do mercado, geradora de profundas iniquidades.

Soma-se a esses fatores a revolução tecnológica informacional, estabelecendo um novo sistema de comunicação de alcance universal promovendo o compartilhamento de palavras, imagens e sons, ao passo que reforça as identidades individuais e coletivas. (CASTELLS, 1999) A tecnologia da informação revolucionou os modelos organizacionais vigentes, produzindo soluções inovadoras no processo de planejamento, coordenação e controle das atividades e viabilizando uma articulação virtual, em tempo real, dos indivíduos e das organizações.

Pal (2001) identifica algumas das características da tecnologia informacional que permitiriam a formação de redes de políticas e apontariam a um modelo sociocibernético de governança, tais como a inteligência distribuída (derrubada dos monopólios de conhecimento e distribuição e acesso à informação para todos os atores), a estrutura horizontalizada (substituição das hierarquias pela conectividade) e a possibilidade de ação simultânea dos participantes.

Em resumo, a diferenciação social acarretou a ampliação dos atores envolvidos na inserção de seus interesses na arena política enquanto a diferenciação concomitante do aparato estatal implicou em uma progressiva setorialização das políticas públicas. Processos como globalização e descentralização acentuaram estas características de diferenciação e autonomização, que paradoxalmente aumentam a necessidade de rearticulação, enquanto as novas tecnologias informacionais permitiram a conectividade e participação simultânea e horizontalizada de vários atores em estruturas reticulares. No entanto, a existência de relações mais horizontalizadas, ainda que sinalize na direção da democratização das relações sociais não pode obscurecer a desigual distribuição de poder e recursos entre os possíveis participantes da rede.

A Teoria do Ator-Rede ou TAR ou ATN (LATOUR, 2012) radicaliza ao atribuir às relações interobjetivas a mesma importância que a visão sociológica atribui às ações humanas intersubjetivas em detrimento dos mediadores ou condutores que são vistos como mero contexto no qual elas se processam. Não se trata da superação do dilema ator/contexto, mas da impossibilidade de permanecer em um dos dois locais. Contudo, para a TAR, o ator não é apenas humano. Os sujeitos não são mais autóctones que as interações diretas, pois também eles dependem de um dilúvio de entidades que lhes permitem existir. A subjetividade e as habilidades cognitivas sobre essa nova perspectiva não residem no ser, mas sim,

> [...] estão distribuídas por todo cenário formatado, feito não apenas de localizadores, mas também de inúmeras proposições suscitadoras de competência, de incontáveis e pequenas tecnologias intelectuais. Embora provenham de fora, não brotam de nenhum contexto misterioso: cada uma delas possui uma história rastreável empiricamente com maior ou menor dificuldade. (LATOUR, 2012, p. 305)

GOVERNANÇA EM REDES

A maior parte dos estudos sobre governança está voltada para a capacidade do governo de implementar as políticas públicas. Ainda que o conceito de governança não se limite ao formato institucional e administrativo do Estado, o desenho institucional é visto como crucial em relação ao processo decisório ou às formas de interlocução com os grupos organizados da sociedade na implementação e acompanhamento das políticas públicas. (AZEVEDO; ANASTASIA, 2002, p. 80-81) Estes autores sustentam que a própria governabilidade democrática é uma variável dependente da capacidade dos governos de serem responsáveis e responsivos perante os governados. Já a governança depende da criação de canais legítimos, eficientes e institucionalizados, da mobilização e envolvimento da comunidade na elaboração e implementação das políticas e da capacidade operacional da burocracia governamental na sua ação de provisão e regulação das políticas públicas.

As redes de políticas são concebidas como uma forma particular de governança dos sistemas políticos modernos, centrando-se na estrutura e processos através dos quais as políticas públicas se estruturam. As sociedades modernas caracterizadas pela diferenciação social, setorização e crescimento de atores e demandas políticas acarretariam uma pressão sobre as estruturas políticas, requerendo novos modelos de governança e legitimação.

Para Cole e John (1995), o interesse em adaptar o conceito de redes de políticas para estudar padrões de governança local reside no reconhecimento da multiplicidade dos atores locais que são dependentes um do outro e cuja cooperação pode ajudá-los a enfrentar pressões externas, reduzir as incertezas e aumentar a eficiência em suas ações políticas. No entanto, conservam sua autonomia e suas identidades individuais, compartindo responsabilidades para a gestão de políticas em comum e desenvolvendo um padrão de interdependência coordenada. (RHODES, 1986)

Dentro desta perspectiva há um deslocamento da ênfase no processo decisório envolvido na construção da agenda pública e na formulação da política para passar a ver a execução das políticas em rede como o lugar central de construção de consensos e superação dos conflitos e interesses particularistas. A emergência de redes de políticas representaria a tentativa de criação de novas formas de coordenação capaz de responder às necessidades e características do contexto atual, no qual o poder apresenta-se como plural e diversificado. Na América Latina, a proliferação de redes de políticas sociais deve-se, em primeiro lugar, aos dois macrofenômenos que definem o contexto atual destas políticas, quais sejam os processos de descentralização e de democratização. Tanto a descentralização supõe a inclusão dos governos subnacionais nos processos de formulação e implementação das políticas sociais quanto a democratização permitiu a emergência e consolidação de um rico tecido social com uma diversidade de atores políticos consolidado em torno das demandas sociais. Se os processos de descentralização provocam uma fragmentação inicial da autoridade política e administrativa, eles geram formas novas de coordenação que buscam garantir a eficácia da gestão das políticas públicas. O perigo para as autoridades locais é decorrente da perda da coesão garantida pelos sistemas centralizados e pelo fortalecimento da autonomia e independência funcional das unidades sem o desenvolvimento de contrapesos que garantam a integração do sistema de políticas, a agregação e coerência necessária ao êxito dos governos locais. (PRATCHETT, 1994)

É perspicaz a observação de Guy Peters (2003, p. 13) de que a governança segue sendo atributo dos governos centrais, ainda que estes não tenham mais o controle direto sobre meios que foram privatizados ou descentralizados, o que não diminui a responsabilidade pública do governo diante dos cidadãos. Resgata, portanto, como atividade primordial da governança, a articulação de um conjunto de objetivos e prioridades que sejam comuns à sociedade, e não apenas os meios e mecanismos de execução das políticas.

Para Hall e O'Toole (1992, p. 166):

> A governança moderna se caracteriza por sistemas de decisão nos quais a diferenciação territorial e funcional desagrega a capacidade efetiva de solução de problemas em uma coleção de subsistemas de atores com tarefas específicas e competências e recursos limitados.

Consequentemente, há uma tendência para a crescente interdependência funcional entre atores públicos e privados na consecução de uma política, e apenas por meio das redes de políticas pode-se garantir a mobilização dos recursos dispersos e dar uma resposta eficaz aos problemas de políticas públicas.

Alguns estudiosos identificam a governança em redes como fruto de situações de baixa estatalidade (RISSE; LEHMKUHL, 2006), definidas pela incapacidade total ou parcial do Estado assegurar a soberania territorial pelo monopólio legítimo da coerção e a incapacidade do exercício de autoridade competente para tomar decisões e assegurar a execução das políticas. Na teoria, essas são consideradas condições para a efetividade da governança nos países centrais, mas desconhecem modelos de governança menos hierarquizados que se desenvolvem em áreas de baixa estatalidade. Esses novos modelos de governança se caracterizariam pela ausência de um controle hierárquico rigoroso e pela existência de uma condução política baseada na barganha, manipulação de incentivos e em processos de comunicação, persuasão e aprendizagem com base na lógica de acordos ou consensos.

No entanto, essa visão das redes como um fenômeno típico de certos contextos específicos, associado a graus de debilidade da autoridade estatal em contextos de países não desenvolvidos, apesar de ter o mérito de chamar atenção para formas reticulares de governança, termina por ser também limitadora de uma compreensão estrutural das transformações atuais da relação Estado/sociedade, como parte das mudanças globais e tecnológicas em curso nos processos produtivos e sociais. Ambos são hoje constantemente desterritorializados,

construídos em níveis de integração mais complexos, num contínuo espaço-tempo não concebido anteriormente, que requalifica o território e as relações nele construídas, ultrapassando as fronteiras tradicionalmente fixadas.

A despolitização do debate em torno da governança e da reforma administrativa procurou comprometer a noção de burocracia como antítese tanto da eficiência quanto da democracia, com base na sua inflexibilidade e ênfase procedimental. Poucos foram os que buscaram contestar essa visão, mostrando que a burocracia meritocrática era a face necessária ao tratamento igualitário pressuposto na condição de cidadania. A substituição das noções de governo e do poder político exercido pelo governo é vista como parte do modelo empresarial que se aplicou à privatização do Estado, que para seus críticos (SÁCHEZ-PARGA, 2009, p. 105) foi também impulsionada pelos mesmos organismos econômicos internacionais. A governança escamotearia a relação e a responsabilidade entre governantes e governados e as substituiria pelos automatismos anônimos da empresa e do mercado. Este processo estaria afetando toda a sociabilidade já que:

> [...] despojado da capacidade de governar as complexidades da sociedade de mercado e sem o poder suficiente para monopolizar legitimamente o caos da nova ordem global, as violências e os terrorismos que este mesmo mercado produz, o Estado deixa também de ser o lugar privilegiado do direito. (SÁCHEZ-PARGA, 2009, p. 112)

Esta visão radical que substituía o papel do Estado por redes de políticas públicas nas quais o governo não tinha um papel diferenciado de outros atores privados, lucrativos e/ou voluntários, vai sendo progressivamente revista por autores que demonstram a existência de tipos diferenciados de redes constituídas por articulações intergovernamentais; formas de coordenação mediadas por hierarquias governamentais; estilos de lideranças diferenciados de acordo com o tipo de rede; desafios da gestão de redes de políticas públicas.

A criação e a manutenção da estrutura de redes impõem desafios administrativos fundamentais, vinculados aos processos de negociação e geração de consensos, estabelecimento de regras de atuação, distribuição de recursos e interação, construção de mecanismos e processos coletivos de decisão, estabelecimento de prioridades e acompanhamento. Em outras palavras, os processos de decisão, planejamento e avaliação ganham novos contornos e requerem outra abordagem, quando se trata de estruturas gerenciais policêntricas.

Uma rede consiste num fenômeno organizacional que, além dos aspectos fundamentais como composição por atores autônomos, interdependência e padrões estáveis de relacionamento, desenvolve uma institucionalidade voltada especificamente para o aprofundamento da interdependência existente. (BORZEL, 1998; O'TOOLE, 1997) Esta institucionalidade se compõe em torno do planejamento deliberado da divisão do trabalho e da articulação estratégica voltada para a manipulação do ambiente em que opera a rede, ou seja, a rede se desenvolve pelo trabalho coletivo especificamente planejado. (KLIJN, 2002)

Assim, somente quando há convergência interinstitucional para um objetivo comum são desenvolvidos os laços necessários para articular a interdependência entre os atores de forma coordenada e se pode afirmar que se estabelece uma estrutura em rede.

À medida que se desenvolve a percepção de que o aprofundamento da interdependência consiste no fator decisivo para a obtenção dos objetivos desejados, inicia-se um processo de coordenação deliberado e planejado no sentido de dividir e organizar coletivamente o trabalho, originando uma estrutura de governança em rede. (KLIJN; KOPPENJAN, 2000)

Os processos de definição e gestão de políticas públicas em contextos institucionais definidos por uma governança em rede apresentam desafios extremamente diferentes daqueles presentes em ambientes de coordenação unitária e hierárquica, tanto no que se refere à tomada de decisões e à definição de metas e diretrizes, quanto à

organização das estruturas de provisão de serviços e sua gestão contínua. Assim, tornam-se necessários, tanto o desenho de mecanismos institucionais e instrumentos de gerenciamento de processos de interdependência quanto o desenvolvimento de competências de gestão especificamente voltadas para a atuação em ambientes interorganizacionais onde o poder, mais que descentralizado, é diversificado. (AGRANOFF; MCGUIRE, 2003)

A constituição das redes de política pode envolver a presença de diversos atores públicos (locais, regionais e federais), privados, organizações não governamentais, cada um deles sujeito à ambientes institucionais diferentes, o que proporciona orientações diversas e objetivos distintos. A multiplicidade de atores presentes no contexto organizacional das redes ressalta a necessidade de se construir convergência a partir de pluralidade e autonomia.

A presença de diversos contextos institucionais gera objetivos particulares distintos e requer o desenvolvimento de estratégias que visem a construção de convergências em torno de objetivos comuns e a coordenação na construção das metas fixadas coletivamente. (FLEURY, 2002)

Cada ator específico tem seus objetivos particulares, mas seria limitado imaginar que sua participação em uma rede seria consequência de suas carências e do mero comportamento maximizador para atingir seu objetivo pessoal ou organizacional. A construção de uma rede envolve mais do que isto, ou seja, requer a construção de um objetivo maior que passa a ser um valor compartilhado, para além dos objetivos particulares que permanecem.

A habilidade para estabelecer esse megaobjetivo, que implica uma linha básica de acordo, tem a ver com o grau de compatibilidade e congruência de valores entre os membros da rede. (MANDELL, 1999a) Para chegar a este tipo de acordo é necessário desenvolver arenas de barganha, onde as percepções, valores e interesses possam ser confrontados e negociados.

A estruturação destes espaços e processos de negociação faz parte da dimensão da estrutura da rede, que diz respeito à institucionalização dos padrões de interação. O estabelecimento de regras formais e informais é um importante instrumento para a gestão das redes (BRUIJN; HEUVELHOF, 1997) porque especifica a posição dos atores na rede, a distribuição de poder, as barreiras para ingresso etc.

O processo decisório em redes requer, além da percepção efetiva da interdependência pelos atores envolvidos, uma transformação relativa aos fundamentos culturais de relacionamento entre as partes envolvidas, o desenvolvimento de estratégias e mecanismos de construção de consenso e de compartilhamento de percepções e a instituição de instâncias organizacionais de suporte e intermediação entre os atores envolvidos. Como parte essencial desse processo, apresentam-se estratégias de gestão por meio do monitoramento das relações e da construção de incentivos à formação de coalizões no interior dos "*clusters*" descentralizados de atores que possuem os recursos necessários à operacionalização das políticas em questão. (MANDELL, 1999b)

Porém, as redes de políticas devem ir além da comunicação entre os atores e a formação de consensos, pois elas devem gerar visões estratégicas em bases interorganizacionais fruto de ações planejadas para atingir objetivos específicos, baseadas nas opções e oportunidades disponíveis. Problemas de geração de uma agenda em rede, bem como a construção e implementação de uma ação estratégica vão além da comunicação, envolvendo a necessidade de utilização de instrumentos comuns de aprendizagem, avaliação, coordenação, mobilização e ação interdependente. A literatura de redes mostra que esse não é um processo fácil, pois exige a compatibilização de diferentes culturas e processos em conjunto e colaborativo, que requer um andamento similar.

Uma das questões que precisa ser retomada é sobre a compreensão do papel do governo nas redes intergovernamentais, superando a visão do Estado vazio e sua substituição por redes de políticas.

Mesmo que as redes de políticas venham substituindo as estruturas burocráticas tradicionais, isto não quer dizer que o governo não continue sendo o centro do processo decisório, ainda que envolvendo, cada vez mais, o conjunto de *stakeholders*, tanto na definição e desenho das políticas quanto na sua implementação.

Só o governo tem a capacidade para distribuir poderes e responsabilidades e este continua a ser o foco da identidade e das principais instituições da legitimidade democrática.

> Desta forma, suas decisões são vistas como confiáveis por outras entidades. No estudo das redes intergovernamentais é preciso entender que as instituições importam. As regras, procedimentos, e organizações formais do governo não podem ser ignoradas na busca por padrões de comportamentos e redes informais. (AGRANOFF; MCGUIRE, 2003, p. 1411, tradução nossa)

REDES E DIFUSÃO DE INOVAÇÕES

Neste ponto queremos discutir a capacidade das redes na difusão de novos conhecimentos e inovações. A noção de inovação está imbricada com a ideia do desenvolvimento, já que não houve desenvolvimento sem inovação, embora possa haver inovação sem desenvolvimento. (SUTZ, 1997) Entendemos desenvolvimento como um processo sustentável de crescimento econômico com redistribuição social, que implica também a ampliação da esfera pública democrática com o reconhecimento e a inclusão de novos atores e a transformação dos processos de decisão e distribuição do poder. Desenvolvimento requer, portanto, inovações tecnológicas e institucionais que alteram as estruturas tradicionais de produção e reprodução social. Esse processo que Schumpeter chamou de destruição criativa foi por ele identificado como intrínseco à estrutura produtiva

capitalista competitiva, cujo impulso decorre dos novos bens de consumo, dos novos métodos de produção ou transporte, dos novos mercados, das novas formas de organização industrial que a empresa capitalista. (SCHUMPETER, 1984, p. 112)

Para além da produção industrial, a inovação gerencial pode se dar em termos de invenção de novas ideias, conversão destas ideias em produtos e processos, sua difusão e aprendizagem organizacional. "A inovação é um processo de procura, descoberta, experimentação, desenvolvimento, imitação e adoção efetiva de novos produtos, novos processos de produção ou novos arranjos organizacionais." (DOSI, 1988, p. 37)

As abordagens para o estudo da acumulação de competências tecnológicas dividem-se em relação ao padrão "produção-investimento-inovação" e aquelas que privilegiam a influência dos processos de aprendizagem. (FIGUEIREDO, 2001) Neste último caso, uma das ênfases recai sobre o papel da liderança na construção de coalizões e consensos e na superação das crises. Portanto, além da experimentação, a inovação implica em processos sociais e institucionais relacionados à difusão de conhecimentos já que: "O processo de inovação corresponde à invenção e implementação de novas ideias, que são desenvolvidas e conduzidas por pessoas, por sua vez relacionadas a outras pessoas, em um determinado contexto institucional."(VAN DENVEN; ROGERS, 1988, p. 72)

Um ponto importante a ser considerado diz respeito aos tipos de instituições ou organizações que seriam mais propensas à inovação e que tipos apresentariam maior resistência à mudança. Guerreiro Ramos (1966) fez um levantamento das perspectivas teóricas que revelam o conflito entre a burocracia e a inovação. Para muitos autores, ninguém pode ser, ao mesmo tempo, um correto burocrata e inovador. O progresso é precisamente aquilo que as regras e os regulamentos não preveem; está necessariamente fora do campo da atividade burocrática. Segundo esses autores, jamais se poderia admitir

que a burocracia pudesse assumir papel de agente ativo de mudanças sociais, notadamente orientadas para a superação do *status quo*. No entanto, mudanças positivas exigem boa dose de estabilidade, capacidade de gerar uma cultura de inovação contínua e a coordenação das competências tecnológicas acumuladas. Paradoxalmente, um processo de mudança bem sucedido necessita de flexibilidade e de apoio em elementos estáveis. Nesse sentido, não se pode descartar a possibilidade das instituições burocráticas desenvolverem processos inovadores, já que a dificuldade de inovação é mais bem identificada como um problema das organizações complexas (DOUGHERTY, 1996) do que das organizações governamentais. Estudos recentes sobre organizações da sociedade civil e governos locais também apontam as dificuldades destas organizações para desempenharem-se de forma flexível e inovadora (TELLES, 1994; TENDLER, 1998), desmistificando mitos grandemente difundidos que identificam os governos centrais como burocráticos e resistentes à inovação.

Nosso objetivo é discutir se as redes são um arranjo institucional especialmente favorável à difusão de inovações. A proliferação de redes de políticas tem sido explicada pelas mudanças na natureza do Estado e em sua forma de operar, em direção a um padrão mais colaborativo e um modelo de governança multissetorial e multi-institucional. No entanto, essas são explicações parciais, pois não se podem desconhecer as transformações decorrentes de processos decisórios nas atuais sociedades do conhecimento, que impõem um novo padrão de conectividade ao processo de gestão.

> A integração pelo conhecimento é o processo central na gestão da mudança; a maior parte da criação de conhecimento e aprendizagem ocorre quando as pessoas estão reagindo aos pensamentos de outros. Então, a criação de comunidades de solucionadores de problemas é parte importante da arquitetura dos programas contemporâneos. Organizar, portanto, necessita ter em conta aprendizagem e mudança. As muitas estruturas de gestão colaborativa – equipes externas, forças-tarefa, consórcios de políticas, alianças,

> conselhos e redes – contribuem com recursos e conhecimentos para a emergência de soluções. Atuando como redes, todos esses arranjos ajudam a entrar na era da informação e enfrentar o desafio de lidar com maior complexidade, escopo, velocidade, flexibilidade e adaptabilidade. (AGRANOFF; MCGUIRE, 2003, p. 1403, tradução nossa)

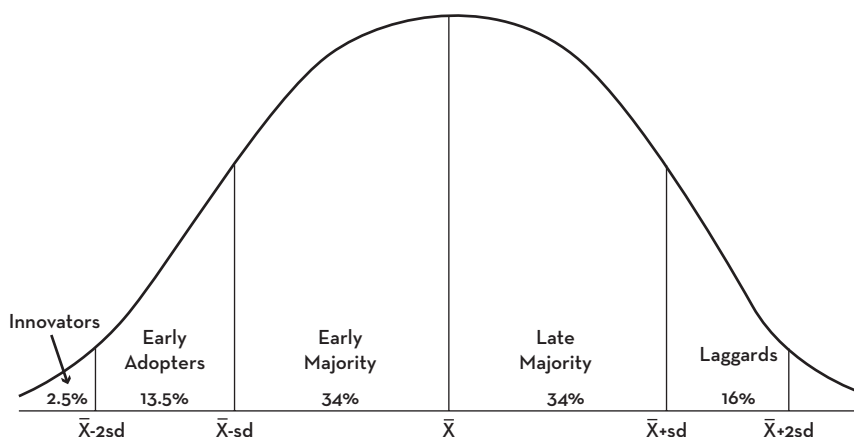
Segundo Rogers (2003, p. 34), a comunicação é um processo no qual os participantes criam e compartilham informação em busca de um entendimento mútuo. Já difusão é um tipo especial de comunicação que diz respeito à propagação de mensagens que são percebidas como novas ideias. Sendo novidade, envolvem certo grau de risco em sua difusão. Ainda segundo esse estudioso, os principais elementos na difusão de novas ideias são: (1) a inovação; (2) sua comunicação através de certos canais (3) durante certo tempo (4) entre os participantes de um sistema social.

A adoção das inovações depende das características de cada um desses elementos. As características das inovações que podem influenciar sua adoção ou rejeição são a percepção de vantagens, sua compatibilidade com o sistema de crenças e experiências anteriores; o grau de complexidade para ser entendida; possibilidade de experimentação (*trialability*); visibilidade aos demais. As inovações serão adotadas mais rapidamente na medida em que ofereçam mais vantagens relativas, sejam mais compatíveis, demonstrem simplicidade, permitam experimentação e possam ser visibilizadas.

A difusão vai ser influenciada também pelos canais de comunicação que tanto devem vincular atores similares, de forma a conformar modelos a serem adotados, quanto envolver grupos diferenciados que se comunicam por esses canais, de forma a assegurar um campo maior de difusão. O tempo de difusão diz respeito a distância entre a inovação e sua adoção, porque esse processo envolve cinco passos: conhecimento; persuasão; decisão; implementação e confirmação. Os indivíduos buscam informações que diminuam suas incertezas

em relação à adoção da inovação ou pela decisão de rejeitá-la durante todo esse processo. A informação é importante também nas fases subsequentes, de implementação e confirmação, tanto para a manutenção do processo quanto para a difusão da inovação.

Rogers (2003) também identifica graus distintos de rapidez na adoção da inovação, o que levaria a perfis diferenciados dos que adotam, bem como indicam a magnitude da difusão da inovação no tempo. A caracterização dos que adotam inovações foi assim estabelecida.

Figura 1

Fonte: ROGERS, 2003, p. 251.

Utilizando o esquema teórico definido por Rogers (2003) podemos ver que alguns dos aspectos das redes favorecem a difusão das inovações, tais como a existência prévia de um padrão de interação e de canais de comunicação, a prática de diálogo em torno a processos decisórios participativos, o aumento da visibilidade das inovações, a consolidação de lideranças inovadoras que possam ser persuasivas e levem à imitação; a possibilidade de debates sobre as incertezas e as vantagens auferidas por aqueles que já adotaram as inovações.

No entanto, as redes não seriam o ambiente mais favorável à criação de conhecimentos, já que apenas um grupo reduzido de indivíduos

tende a assumir os riscos iniciais da experimentação. Se a produção de conhecimentos inovadores depender de decisões coletivas, ela pode ser postergada até a desistência ou mesmo rejeitada pela maioria mais conservadora. Portanto, a rede só não será um obstáculo à inovação na medida em ela assegure a autonomia dos seus participantes para criarem novas alternativas. Da mesma maneira, os estágios de decisão sobre adotar ou rejeitar a inovação e colocá-la em execução podem ser mais difíceis de serem superados na medida em que dependam de decisões coletivas, que estão relacionadas aos megaobjetivos da rede. Se eles puderem ser adotados de forma autônoma, sem prejuízo dos objetivos comuns, a rede, ao contrário, é um facilitador da difusão de conhecimentos e informações.

Os estudos sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), como uma rede de difusão de inovações, ainda são escassos. Sugyiyama (2008) comparou a difusão de políticas inovadoras no Brasil através de dois programas que foram desenhados pelo governo central e adotados pelos municípios – o Bolsa Família (BF) e o Programa de Saúde da Família (PSF) – encontrou resultados distintos sob o ponto de vista das motivações individuais para replicar modelos inovadores. As motivações para adoção de políticas inovadoras nos municípios foram estudadas a partir das variáveis identificadas pelas principais correntes da teoria política como determinantes no processo decisório: os incentivos políticos, a ideologia, as redes sociais.

Apesar da metodologia de estudos de casos não permitir generalizações, suas conclusões indicam que os argumentos baseados na teoria da escolha racional, ou seja, a suposição de que a adoção da inovação seria consequência dos benefícios auferidos em um cálculo maximizador, foram afastadas pelo estudo. Os incentivos políticos inerentes à transferência de recursos do Programa Bolsa Família e os custos de assumir as responsabilidades da atenção familiar e de convencimento dos pacientes para inscreverem-se no PSF não foram determinantes na adoção de ambos os programas pelas autoridades municipais. A autora buscou explicar as motivações com base

em outros fatores que o cálculo racional, encontrando na ideologia um importante fator explicativo para adoção de programas como as transferências de renda por políticos de partidos comprometidos com as questões sociais e a superação da pobreza. No entanto, como a reação inicial dos sanitaristas de esquerda em relação ao PSF foi de rejeição ao modelo visto como de focalização, em contradição com os ideais universalistas do SUS, o fator ideológico já não seria suficiente para explicar sua difusão. A mudança de posição em relação ao PSF e sua ampla difusão e aceitação posterior é explicada pela autora em base à existência de fortes redes de profissionais, características do movimento da reforma sanitária, e sua atuação na difusão das inovações. Ela identifica a importância da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) como redes difusoras na área de políticas de saúde, que foram persuadidas por lideranças importantes a mudar de posição em relação ao PSF e passaram a difundir a inovação entre seus membros. Essas redes garantiram a maior rapidez e sustentabilidade da difusão dos programas inovadores de saúde do que a indução pelo governo central no caso da educação e da assistência.

A necessidade de aprofundar os estudos da rede formada pelo SUS é crucial para o desenvolvimento de políticas públicas, envolvendo questões relativas a todos os estágios da difusão de inovações mencionados anteriormente.

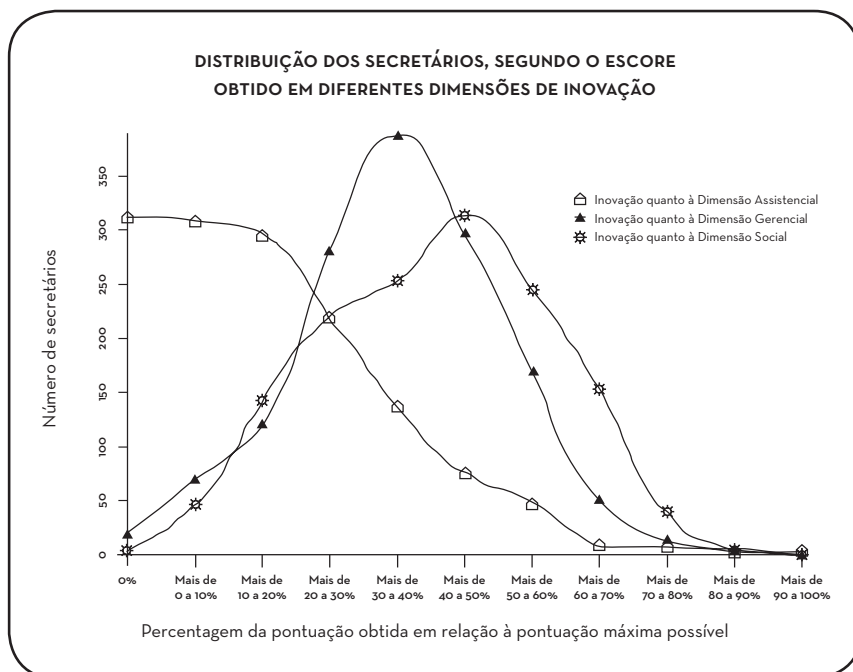
A linha de estudos que desenvolvemos (FLEURY, 2002; FLEURY et al., 2011a, 2011b; FLEURY; OUVERNEY, 2011, 2012) busca articular, de uma forma sincrônica, efeitos da descentralização sobre a democratização do poder local e difusão de inovações. Por democratização do poder local entendemos a diversificação das elites políticas estudadas a partir do perfil da autoridade a cargo da secretaria municipal de saúde, que não será tratada nesse capítulo.

Estudamos a inovação a partir de três dimensões:

1. A dimensão social, que diz respeito à relação do poder público com a sociedade, que impliquem em aumento da participação na definição de prioridades e no desenho das políticas públicas, o efetivo controle social, a prestação de contas, e a responsabilização dos servidores.
2. A dimensão gerencial diz respeito à introdução e/ou manutenção de processos administrativos inovadores na gestão municipal ao aumento da eficiência e eficácia da gestão, potencializada melhoria de processos e utilização de recursos internos ou externos, e instrumentos de informação para captação e escalonamento da demanda.
3. A dimensão assistencial engloba diferentes ações e/ou programas, que estão direcionados para aquilo que se convencionou chamar "a ponta da linha", ou seja, instrumentos gerenciais que visam ampliar a qualidade e a efetividade da atenção à saúde, bem como a introdução de novos programas e ações incentivados pelo poder central.

A hipótese geral é que o processo de descentralização de recursos e atribuições legais para a gestão municipal contribui tanto para a democratização do sistema de poder quanto para o aperfeiçoamento da capacidade de gestão da esfera local. Portanto, é esperado que, com o aprofundamento da descentralização no setor saúde, os municípios passem a desenvolver competências de gestão caracterizadas por maior eficácia e eficiência tanto no plano interno quanto na dimensão de interorganizacional que abrange tanto a relação com outras esferas de Estado (relações intergovernamentais) quanto com entidades da sociedade civil e mercado.

Em pesquisa realizada em 1996 (Gráfico 1), constatamos que havia avanços significativos na dimensão social da gestão, embora o mesmo não estivesse ocorrendo, na mesma velocidade, nas dimensões relativas aos aspectos gerenciais e assistenciais.

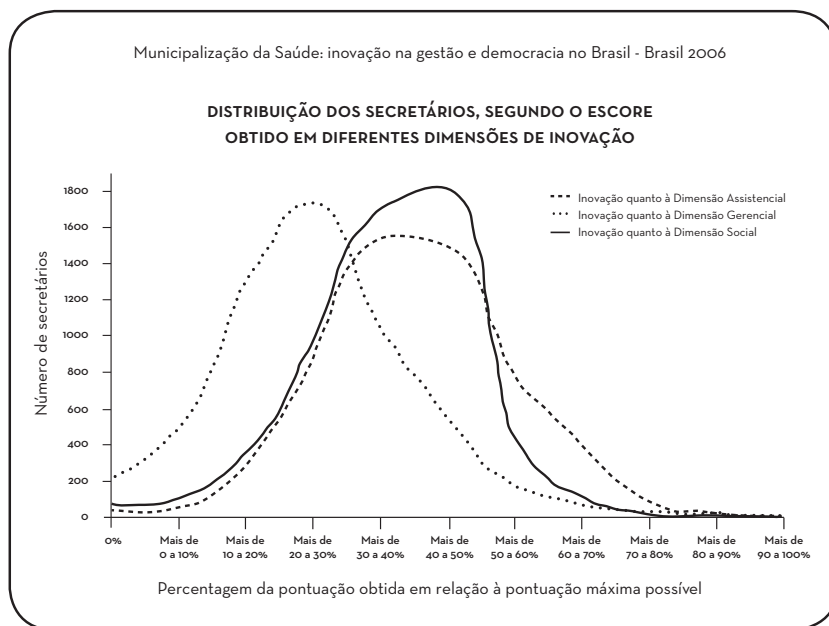
Gráfico 1 – Distribuição das Secretarias Municipais de Saúde por *decil* de inovação segundo dimensões da inovação – 1996

Fonte: PEEP/FGV.

Uma década depois aprofundamos o estudo das inovações gerenciais, a partir de um novo *survey* nacional realizado em 2006 com os secretários municipais de saúde (Gráfico 2).

A análise geral dos resultados possibilita afirmar que a descentralização tem promovido considerável impulso de expansão e modernização gerencial nas administrações locais no setor saúde. Assim, é possível observar a diversificação dos instrumentos utilizados pelas secretarias de saúde para captar demandas da população, maior permeabilidade das gestões locais de saúde às demandas apresentadas pela população, a ampliação e a diversificação das parcerias, a incipiente, mas consistente institucionalização de

órgão próprio de gestão de pessoas e de políticas de gestão da qualidade de capacitação, entre outras.

Entretanto, seguindo o cenário nacional de aperfeiçoamento institucional do SUS, que o caracteriza como uma reforma em construção, os avanços observados ainda convivem com limitações. Ainda são visíveis as dificuldades de modernização local em setores como compras governamentais, políticas de remuneração de pessoal e planejamento regional, além de ausência de soluções mais eficientes para questões de considerável complexidade como terceirização de serviços e contratação da rede privada e filantrópica.

Gráfico 2 – Distribuição das Secretarias Municipais de Saúde por *decil* de inovação segundo dimensões da inovação – 2006

Fonte: PEEP/FGV.

Fatores determinantes na adoção de inovações foram identificados em relação às características do perfil dos gestores, em especial

sua preparação educacional para o exercício da função, suas tendências políticas, mas também foram importantes os mecanismos de indução pelo governo central. Fatores estruturais ligados às disparidades de recursos e às dimensões dos municípios apareceram como centrais para a rejeição das inovações.

Esse é apenas um exemplo de como o estudo de redes pode ser aplicado ao SUS, devendo tomar as questões centrais da política de saúde, tais como a universalidade, a relação público-privado, a gestão compartilhada, a eficácia e resolubilidade para serem estudadas a partir da compreensão do SUS como uma rede de políticas, talvez a mais ampla e capilar do país, uma verdadeira rede de redes.

REFERÊNCIAS

AGRANOFF, R.; McGUIRE, M. Inside the Matrix: Integrating the Paradigms of Intergovernmental and Network Management. *International Journal of Public Administration,* v. 26, n. 12, p. 1401-1423, 2003.

AZEVEDO, S. de; ANASTASIA, F. Governança," Accountability" e Responsividade. *Revista de Economia Política*, v. 22, n. 1-85, p. 79-97, jan./mar. 2002.

BÖRZEL, T. A. Organizing Babylon – On the Different Conceptions of Policy Networks. *Public Administration*, v. 76, n. 2, p. 253-273, 1998.

BÖRZEL, T. A. *¿Qué tienen de especial los policy networks? Explorando el concepto y su utilidad para el estudio de la gobernación europea.* Disponível em: <http://seneca.uab.es/antropologia/redes/redes.htm>. Acesso em: 1997.

BRUIJN, J. A.; HEUVELHOF, E. F. Instruments for Network Management. In: KICKERT, W. J. M.; KLIJN, E.; KOPPENJAN, J. *Managing Complex Network:* Strategies for the Public Sector. London: Sage Publications, 1997.

CASTELLS, M. A. *Sociedade em rede*. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

COLE, A.; JONH, P. Local Policy Networks in France and Britain: Policy Co-ordination in Fragmented Political Sub-Systems. *West European Politics*, v. 18, n. 4, p. 89-109, 1995.

DOUGHETY, D. Organizing for Innovation. In: CLEGG, S.; HARDY, C.; NORD, W. *Handbook of Organization Studies.* London: Sage, 1996.

DOSI, G. et al. *The Nature of Innovative Process.* London: Pinter Publishers, 1988.

FIGUEIREDO, P. N. *Technological learning and competitive performance*. Cheltenham, UK & Northampton, USA: Edward Ejgar, 2001.

FLEURY, S. El Desafio da Gestíon de las Rede de Políticas. *Revista Instituiciones y Desarrollo*, v. 17, 2002.

FLEURY, S. et al. Impactos da Descentralização do SUS sobre o Processo de Modernização dos Governos Locais. *Contabilidade, Gestão e Governança*, v. 14, p. 100-119, 2011a.

______. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública,* v. 28, p. 446-455, 2011b.

FLEURY, S. OUVERNEY, A. L. L. O sistema único de saúde brasileiro – Desafios da gestão em rede. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, Rio de Janeiro, v. 11, p, 74, 2012.

______. *Gestão de redes:* a estratégia de regionalização da política de saúde.Rio de Janeiro: FGV, 2011.

HALL, P.; TAYLOR, R. Political Science and the three New Institutionalisms. *Political Studies*, dez. 1996.

HALL, T. E.; O´TOOLE, L. J. Revisiting old friends: networks, implementation structures and the management of interorganizational relations. *European Journal of Political Research*, v. 21, 1992.

KLIJN, E. H. Governing Networks in the Hollow State: Contracting out, process management or a combination of the two? *Public Management Review*, v. 4, n. 2, p. 149-166, 2002.

KLIJN, E. H.; KOPPENJAN, J. F. M. Public Management and Policy Networks: Foundations of a network approach to governance. *Public Management* (*UK*), v. 2, n. 2, p. 135-158, 2000.

LATOUR, B. *Reagregando o Social*:uma introdução à teoria do Ator-rede. Salvador: Edufba, 2012.

LECHNER, N. Three Forms of Social Coordination. *CEPAL Review*. United Nations, v. 61, 1997.

______. Desafíos de un desarrollo humano: individualización y capital social. *Instituciones y Desarrollo*, IIG, PNUD, n. 7, nov. 2000.

MANDELL, M. P. Community collaborations: Working through network structures. *Policy Studies Review*, v. 16, n. 1, p. 42-65, 1999b.

______. The impact of collaborative efforts: Changing the face of public policy through networks and network structures. *Policy Studies Review,* v. 16, n. 1, p. 4-18, 1999a.

MARQUES, E. C. Redes sociais e instituições na construção do Estado e da sua permeabilidade. *Revista Brasileira de Ciências Sociais,* v. 14, n. 41, 1999.

______. *Redes sociais, segregação e pobreza em São Paulo*, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Departamento de Ciência Política, Universidade de São Paulo, 2007.

NORTH, D. Instituciones, cambio institucional y desempeño económico. *Fondo de Cultura Económica.* México, 1995.

O'TOOLE, L. J. O. Implementing public innovations in network settings. *Administration & Society*, v. 29, n. 2, p. 115-139, 1997.

PAL, L. *Virtual Policy Networks:* The Internet as a Model of Contemporary Governance?, 2001. Disponível em: <http://www.isoc.org>. Acesso em: 14 fev. 2007.

PETERS, G. La capacidad para gobernar: ¿retrocediendo hacia el centro? In:______. Reforma y Democracia. *Revista del CLAD,* Venezuela, n. 27, p 7-32. 2003.

PRATCHETT, L. Open Systems and Closed Networks: Policy Networks and the Emergence of Open Systems. *Local Government in Public Administration*, v. 72, spring, p. 73-93, 1994.

RAMOS, G. *Administração e estratégia do desenvolvimento*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1966.

RHODES, R. A. W. European Policy-Making, implementation and subcentral governments: a survey. Maastricht: *European Institute of Public Administration*, 1986.

RISSE, T.; LEHMKUHL, U. Governance in Areas of Limites Statehood – New modes of Governance?. *SFB - Governance Working Paper Series*,Berlin, n. 1, dez. 2006.

ROGERS, E. Diffusion of Innovation. 5. ed. *Free Press*, New York, 2003.

SÁCHEZ-PARGA, J. Estado y mercado en América Latina: una mirada desde las desigualdades. *Nueva sociedad*, Buenos Aires, n. 221, p. 66-68, maio/jun. 2009.

SCHUMPETER, J. *Capitalismo, Socialismo e democracia*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1984.

SUGYIYAMA, N. Ideology and Networks – The Policy of Social Policy Diffusion in Brazil. *Latin American Review*, v. 43, n. 3, 2008.

SUTZ, J. Innovación y Desarrollo en América Latina . Caracas (Innovación y Desarrollo): condiciones de siembra y cosecha. *Nueva sociedad*, v. 26, n. 12, p. 1401–1422, 1997.

TELLES, V. Sociedade Civil, Direitos e Espaços Públicos. In: VILLAS-BOAS, R. (Org.). *Participação popular nos governos locais*. São Paulo: Pólis, 1994.

TENDLER, J. Bom governo nos trópicos: uma visão crítica. Rio de Janeiro: Revan, 1998.

VAN DEVEN, A.; ROGERS, E. Innovations and Organizations: critical perspectives. *Communication Research*, v. 15, n. 5, out. 1988.

DIFUSÃO DE CONHECIMENTOS E INOVAÇÕES EM SISTEMAS E SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza

INTRODUÇÃO

O conhecimento científico é uma fonte de informações que pode ser útil aos gestores da saúde, de várias formas, inclusive, quando se transforma em inovação - um novo produto ou um novo processo de produção. No entanto, as relações entre a ciência e a organização de sistemas ou serviços de saúde não são imediatas. Há fatores intervenientes que dificultam uma utilização mais frequente ou mais fecunda. Nesse sentido, compreender o processo de difusão de conhecimentos e inovações pode ser útil para traçar estratégias que melhorem o desempenho dos serviços de saúde.

Neste trabalho, busca-se traçar um breve panorama do debate atual, identificando os conceitos e os quadros teóricos relativos à utilização do conhecimento por gestores e à difusão de inovações na saúde. Espera-se contribuir para o estabelecimento de definições que venham a favorecer o diálogo entre os pesquisadores e gestores e, em consequência, contribuam para ampliar a utilização de conhecimento científico e melhorar os processos de inovação.

Após uma pesquisa exploratória na literatura especializada, fezse uma revisão bibliográfica, com busca sistemática de artigos científicos nas bases *Medline* e *Web of Science*, utilizando-se como descritores combinações de três categorias semânticas, uma relativa a conhecimento (*knowledge, evidence, information, research*), outra à inovação (*innovation*) e a terceira referente a utilização (*utilization, use, translation, transfer, dissemination, diffusion*), sempre articuladas a saúde ou saúde pública (*health, public health*). Foram ainda identificados outros textos a partir das referências bibliográficas

dos documentos selecionados na etapa precedente. Ao final, foram analisados integralmente os textos que discutiam os conceitos de utilização de conhecimento e difusão de inovações e suas especificidades na área da saúde, em geral, e da saúde pública, em particular, em um total de 179 documentos.

A seguir, desenvolve-se a discussão. Inicialmente, são apresentadas definições e distinções conceituais. Em segundo lugar, relacionam-se fatores que influenciam a difusão de inovações e a utilização de conhecimentos. Em terceiro, são sistematizadas as abordagens teóricas. Por fim, identificam-se pistas de investigações necessárias para aprofundar o conhecimento acerca do fenômeno da difusão de conhecimentos e inovações em sistemas e serviços de atenção à saúde.

INOVAÇÃO

Em seu sentido comum, inovação é o ato ou o efeito de inovar, de introduzir uma novidade, uma ideia nova, um novo método, um novo dispositivo. Trata-se de um conceito genérico, associado à produção de conhecimento, com a finalidade de tornar mais fácil a vida humana. Não é esse, contudo, o conceito mais frequentemente encontrado na literatura especializada.

O conceito mais adotado é aquele formulado pelo economista Joseph Schumpeter (1883-1950). Para ele, inovação se refere à introdução no mercado de uma novidade economicamente viável e orientada à obtenção do lucro. Assim, as inovações são "novas combinações de matérias e forças" que constituem o processo central da concorrência intercapitalista, que teria como consequência o desenvolvimento econômico. (DIAS; DAGNINO, 2008)

Abordando aspectos técnicos, mercadológicos e organizacionais, Schumpeter classifica as inovações em cinco tipos: introdução de um novo bem, desenvolvimento de um novo método, abertura de um

novo mercado, utilização de uma nova fonte de matéria prima e adoção de uma nova estrutura organizacional. (ANDREASSI, 2007)

Em qualquer desses aspectos, as inovações podem ser radicais ou incrementais. As radicais são aquelas que causam grande impacto econômico ou mercadológico, instaurando um novo paradigma tecnológico. (DOSI, 1982) As inovações incrementais, por seu turno, representam pequenas melhorias nas tecnologias existentes que garantem uma vantagem competitiva à firma inovadora, mas não modificam profundamente a dinâmica do mercado nem a estrutura econômica.

Para contribuir para o desenvolvimento, o processo de inovação deve ser contínuo, com as inovações se sucedendo no tempo, em uma lógica que Schumpeter chama de destruição criativa. Nessa lógica, cada inovação que surge elimina o valor da anterior. O novo produto ou o novo processo ocupam os lugares do produto mais velho e novos processos de produção destroem os anteriores. A destruição criativa fortalece as empresas inovadoras e destrói as empresas incapazes de inovar. Elimina postos de trabalho e, ao mesmo tempo, cria novas oportunidades de emprego.

Se Schumpeter salienta, no seu tempo, o papel do indivíduo empreendedor, no final do século XX, os neo-schumpeterianos passam a destacar o caráter sistêmico do processo de inovação, que delineia trajetórias tecnológicas e determina a direção do progresso técnico. O sistema de inovação é entendido como um conjunto de instituições públicas e privadas – firmas, agências governamentais, universidades, centros de pesquisas e instituições financeiras –, cuja interação dinâmica contribui, nos âmbitos macro e microeconômicos, para o desenvolvimento e a difusão de novas tecnologias. (SBICCA; PELAEZ, 2006)

Deve-se atentar para o fato de que a corrente neo-schumpeteriana trata os conceitos de desenvolvimento econômico e desenvolvimento capitalista como sinônimos, excluindo a possibilidade de novos modos de produção social ao desconhecer as próprias contradições do modo capitalista. Nesse sentido, a crença de que o processo

de inovação é essencialmente benéfico para a sociedade merece ser questionada. (DIAS; DAGNINO, 2007) Com efeito, é difícil não reconhecer os aspectos negativos do processo de destruição criativa, que incluem o acúmulo de "lixo tecnológico" e a poluição ambiental.

Para a discussão sobre a difusão, contudo, mais importante é notar que, como as empresas buscam deter a exclusividade da inovação para manter uma posição de monopólio que lhe favorece frente à concorrência, a disseminação da inovação não é do seu interesse, ainda que, para a dinâmica geral do progresso técnico e do desenvolvimento econômico capitalista, possam ser positivos os efeitos dos ciclos reiterados de geração, difusão, obsolescência e abandono de uma ideia, um método ou um produto. Assim, entre os obstáculos à difusão de inovação, nos marcos da economia capitalista, há que se considerar a oposição das firmas inovadoras, afastando-se de certa visão ingênua que acredita que a difusão é um bem para o qual todos têm interesse em contribuir.

UTILIZAÇÃO OU USO DE CONHECIMENTO

De modo geral, os termos utilização e uso, quando referidos a conhecimento, são usados indistintamente. Eles são apresentados em duas dimensões: uma individual (psicológica e cognitiva) e outra organizacional.

Em sua dimensão individual, a utilização (ou o uso) de conhecimento é a tomada de consciência acerca de uma informação por uma pessoa. (RICH, 1997) Salienta-se, em geral, que se trata de um processo cognitivo complexo, influenciado por uma combinação de múltiplos fatores, incluindo a experiência empírica e a capacidade de observação dos sujeitos, suas crenças, seus comportamentos, seus estilos cognitivos e seus modelos ou seus *scripts* mentais,

além de questões de autoridade e poder. (ALLISON; HAYNES, 1996; BANDURA, 1977; FRENCH, 2005a; GIOIA, 1986; WALSH, 1995)

Na dimensão organizacional, a utilização de conhecimento é definida como o resultado de um processo de absorção, determinado pelas formas de aquisição, assimilação, transformação e retenção do conhecimento pela organização. (BELKHODJA, 2007) Nesse caso, o uso de conhecimento se expressa, necessariamente, na incorporação de novas práticas, sendo influenciado por fatores das mais diversas ordens, como as características da estrutura e da cultura da organização, expressas em suas regras ou normas, a atuação de líderes, as relações interorganizacionais, o tipo de mercado em que se inserem etc. (ESTABROOKS; THOMPSON, LOVELY, 2006; LOMAS, 2000; RUNDALL et al., 2007)

Em suma, a utilização de conhecimento é o processo psicológico de assimilação cognitiva de uma nova informação, no plano individual, e é também a incorporação de novas práticas, derivadas de informações adquiridas no plano organizacional.

Seja em sua dimensão psicológica, seja em sua dimensão organizacional, é comum se fazer a distinção entre três tipos de utilização de conhecimento: a utilização conceitual, em que o novo conhecimento assimilado leva a mudanças nos modos de compreensão da realidade e de análise e interpretação dos problemas, servindo para aumentar a clareza sobre um tema determinado; a utilização instrumental, em que o conhecimento adquirido é posto em prática em situações reais, promovendo mudanças de comportamento ou conduzindo diretamente a uma ação determinada; e a utilização simbólica ou estratégica, em que o conhecimento é usado para justificar ou legitimar decisões tomadas e cursos de ação desencadeados, convencendo os outros da adequação da decisão e da ação. (ASTLEY; ZAMMUTO, 1992; BEYER; TRICE, 1982; DUNN et al., 1990; WEBBER, 1991)

Difusão de conhecimentos e inovações

Em um estudo seminal, Rogers (1983) apresenta a definição de difusão: processo pelo qual uma inovação é transmitida através de certos canais de comunicação, ao longo do tempo, entre os membros de um sistema social.

Sem divergir dessa formulação, Greenhalg e colaboradores (2000) fazem uma distinção entre difusão e disseminação. Enquanto a primeira se refere à propagação não programada, informal, descentralizada, horizontal e negociada entre pares, a disseminação significa a propagação planejada, formal, centralizada e hierárquica de uma inovação. A difusão pode ser vista, nesse sentido, como passiva, enquanto a disseminação é resultado de esforços ativos para persuadir grupos-alvo a adotar uma inovação.

Considerando o público ao qual se destina a informação, Bueno (2010) faz outro tipo de distinção, dividindo a difusão em duas categorias: a disseminação científica, que envolve a difusão para especialistas, e a divulgação científica, que envolve a difusão para o público em geral. A principal diferença entre a disseminação e a divulgação científicas está no discurso empregado, que será técnico e especializado, em um caso, e de sentido comum e não especializado, em outro. Nessa distinção e tendo em vista que a inovação implica, muitas vezes, na aplicação do conhecimento científico-tecnológico (a invenção) à produção de bens ou serviços para o mercado, a divulgação está mais diretamente ligada à inovação do que a disseminação.

Vale destacar que, se disseminação entre os cientistas é fundamental para o avanço da produção de conhecimento, a divulgação que promove a socialização do conhecimento científico pode ser vista como uma contribuição à democracia e ao fortalecimento da cidadania, uma vez que pode enriquecer o debate público. (BUENO, 2010)

Dois outros conceitos relacionados ao de difusão são os de transferência e tradução do conhecimento.

Durante algum tempo, a transferência do conhecimento foi compreendida como um fluxo unidirecional de informação dos produtores para os usuários do conhecimento. Mais recentemente, contudo, devido às dificuldades de utilização de informações científicas na formulação de políticas sociais, a transferência do conhecimento passou a ser vista como um processo interativo, caracterizado pelo intercâmbio contínuo entre produtores e usuários. (BACKER, 1991; KEOWN et al., 2008; LEE; GARVIN, 2003; MCWILLIAM; STEWART; BROWN, 2009; MITTON et al., 2009; WILKINSON et al., 2009; WILSON; PAPAIOANNOU; KEEN, 2009)

Essa característica de interatividade é destacada ao se falar em tradução do conhecimento, definida como processo dinâmico de síntese, disseminação, intercâmbio e aplicação do conhecimento, através de um complexo sistema de interação entre pesquisadores e usuários.

Fatores que influenciam a difusão de inovações e a utilização de conhecimentos

Os documentos revisados identificam uma grande quantidade de fatores que influenciam a difusão de inovações e a utilização de conhecimentos. Tratam-se de fatores ou aspectos relativos a: (a) características do conhecimento ou da inovação em si e (b) processo de produção de conhecimento ou de inovação, (c) características individuais e (d) organizacionais de produtores e utilizadores do conhecimento ou da inovação, (e) caráter da decisão e características do processo de tomada de decisão envolvidos na utilização de conhecimento, (f) particularidades do processo de difusão ou disseminação e (g) contexto social.

As características do conhecimento que afetam sua difusão são a disponibilidade, a acessibilidade e a validade. A disponibilidade depende, principalmente, da prioridade dada a certos temas e a certas questões de pesquisa científica pelas políticas de financiamento

da pesquisa. Já a acessibilidade está relacionada aos esforços de disseminação, considerando ainda a possibilidade de tradução da linguagem técnica para a linguagem comum. Por fim, a validade é dependente da abordagem epistemológica, do rigor metodológico e da riqueza dos resultados e da discussão. Como cada abordagem propõe seus próprios critérios de validação, a influência da validade sobre a utilização é relativa à aceitação social da abordagem adotada.

Entre as características da inovação em si que influenciam a sua difusão, a literatura especializada menciona: suas vantagens relativas quanto à efetividade e ao custo; sua compatibilidade com os valores, as normas e as necessidades dos adotantes potenciais; o grau de complexidade de sua utilização, a possibilidade de teste e de observação prévia, o potencial de adaptação, o grau de riscos e incertezas quanto ao resultado da incorporação da inovação e o tipo de conhecimento requerido – tácito ou explícito. Ademais, se é o mesmo o significado atribuído à inovação pela gerência superior, pelos usuários do serviço e por outras partes interessadas, é mais provável que a inovação seja assimilada.

O modo como a sociedade se organiza para produzir o conhecimento também afeta a possibilidade e o grau de sua utilização ou difusão. Kerr (1984) sugere especificamente que as formas de organização burocrática e profissional das instituições sociais contemporâneas representam obstáculos a uma utilização democrática do conhecimento.

Dentre os obstáculos a um uso do conhecimento que ajude as pessoas comuns a tomar as melhores decisões, Santos (1989) identifica o atual modo de produção do conhecimento que favorece um tipo de utilização – a "aplicação técnica" –, caracterizado pela separação entre o produtor de conhecimento e a situação em que se aplica o conhecimento; pela negação da argumentação, já que o conhecimento é tido como evidente em si mesmo; pela recusa ao diálogo com outros tipos de saberes; e, finalmente, pelo fato de só aceitar ser avaliado pelos próprios promotores da aplicação.

As características individuais de produtores e utilizadores de conhecimentos e inovações que influenciam a difusão estão relacionadas aos valores e às crenças, às motivações e às atitudes, às habilidades e aos objetivos pessoais, à tolerância à ambiguidade, ao estilo cognitivo e de estilo de aprendizagem e à cultura de cada um.

As características organizacionais são muitas e variadas. Envolvem aspectos da estrutura: tamanho, idade, grau de formalização, grau de especialização e diferenciação funcional, e grau de descentralização ou centralização da tomada de decisão. Envolvem também aspectos relativos à capacidade de absorção de conhecimento novo: uma organização capaz de identificar, capturar, interpretar, compartilhar, recodificar o conhecimento novo, articulá-lo com sua base de conhecimento pré-existente e pô-lo em uso apropriado tem melhores condições de assimilar a inovação. Incluem aspectos relacionados à receptividade a mudanças, como clima favorável a correr riscos e a experimentar, prioridades compatíveis com a inovação e existência de recursos para canalizar para projetos novos. Incluem ainda a existência ou não de alguma "tensão" pela mudança, a correlação de poder entre apoiadores e oponentes e a formalização ou não de sistemas de captação de informações.

O caráter da decisão e as características do processo de tomada de decisão são também determinantes importantes da utilização de conhecimento. Decisões rotineiras, tomadas quotidianamente sobre aspectos operacionais da organização, estimulam menos a busca de conhecimentos novos ou de inovações do que decisões estratégicas, em geral envoltas em incertezas, que têm impacto sobre a missão ou mesma a sobrevivência da organização.

A decisão de adotar uma inovação particular raramente é independente de outras decisões. A adoção é um processo, mais do que um evento isolado. Por isso, as pessoas tendem a decidir favoravelmente a adotar uma inovação se têm suficiente informação sobre o que ela faz e como usá-la; se têm suficiente treinamento e apoio

técnico no desempenho de suas tarefas; e se têm oportunidade, autonomia e apoio para adaptar a inovação.

De mesmo modo, a configuração de interesses e participantes mobilizados em torno da questão objeto da decisão, implicando em relações de poder, conflitos e negociações, vai influenciar o grau e o tipo de utilização de conhecimento e de incorporação de inovações. A evidência empírica é consistente com um modelo não linear de incorporação de inovações em que a organização vai e volta entre a tomada e a implementação da decisão. (VAN DE VEN et al., 1999)

As particularidades do processo de difusão ou disseminação influenciam bastante a utilização de conhecimento e a incorporação de inovações. Se a difusão passa por redes sociais densamente conectadas, entre indivíduos de perfil social semelhante, se há líderes de opinião favoráveis ou um programa formal de disseminação bem desenvolvido, a utilização do conhecimento e a incorporação de inovações são mais prováveis.

Finalmente, o contexto social é um potente determinante de todo esse processo. Se é elevada a proporção de indivíduos, grupos ou organizações similares que utilizam o conhecimento ou adotam a inovação, a utilização e a incorporação são favorecidas. De maneira semelhante, fluxos regulares de financiamento e obrigações políticas, relativos a uma inovação, aumentam a predisposição de sua adoção.

Na verdade, mais do que qualquer fator específico, é a interação entre esse amplo conjunto de fatores – do conhecimento ou da inovação em si, de processo de produção de conhecimento ou de inovação, das características individuais e organizacionais, das particularidades do processo de difusão e do contexto social – que determina a utilização de conhecimento científico e a incorporação de inovações. As diferentes formas de articular esses fatores dão origem às várias abordagens teóricas para explicar ou compreender a difusão de conhecimentos e inovações.

Abordagens teóricas

São numerosos os quadros teóricos propostos para explicar a utilização de conhecimento científico e a difusão de inovações. Grosso modo, podem ser categorizados em três abordagens: organizacionais, psicológicas e socioepistemológicas. (SOUZA; CARDOSO, 2012)

Organizacionais

Situam-se dentro das abordagens organizacionais os trabalhos que discutem as relações entre o conhecimento científico e o processo de tomada de decisão por dirigentes de organizações, destacando a influência das características organizacionais sobre o processo de utilização do conhecimento e incorporação de inovações. O ponto de partida dessas abordagens é, geralmente, a crítica ao modelo linear.

O modelo linear, também chamado de modelo do conduto (RICH, 1997), tenta traçar o fluxo da informação desde o momento em que a organização toma conhecimento até o momento em que uma ação é realizada. Na prática, contudo, é impossível predizer se uma informação específica terá um efeito sobre uma decisão particular. O modelo linear ignora as variáveis contextuais e os ciclos interativos que intervêm em todo processo de transferência de conhecimentos. Ademais, esse modelo pressupõe que o pesquisador ocupa uma posição dominante em relação ao usuário do conhecimento.

Para superar o modelo do conduto, diversas alternativas têm sido propostas. Dentre essas, algumas adotam a perspectiva gerencial, destacando como fatores essenciais para a utilização da informação científica no processo de decisão organizacional e para a incorporação de inovações, as características da estrutura e da cultura da organização, expressas em suas regras ou normas.

Assim, a estrutura decisional e o processo de formulação da política organizacional, a situação econômica e financeira da organização, as características específicas da informação a ser usada, a atuação de líderes formais ou informais, a qualidade das relações entre os gestores e os profissionais, a sensibilidade às pressões sociais por *accountability,* o grau de eficiência gerencial e os valores e as crenças organizacionais (FRENCH, 2005b; HOVMAND; GILLESPIE, 2010; LOMAS, 2000; RUNDALL et al., 2007) são todos elementos que se articulam no processo explicativo da utilização de conhecimento científico e da assimilação de inovações.

Ao invés da perspectiva gerencial, outros autores adotam a perspectiva comunicacional, que considera as relações entre pesquisadores e gestores como a questão central para explicar o uso de conhecimento científico no processo de tomada de decisão em organizações e a adoção de inovações.

Nesse sentido, a convergência entre as necessidades de conhecimentos dos tomadores de decisão e as preferências da comunidade científica e o envolvimento intensivo e sustentado entre eles explicam os casos bem sucedidos de utilização de conhecimento científico. (HANNEY et al., 2003; KRAMER; COLE, 2003; WATERS; ARMSTRONG; SWIN BURN, 2011)

Além das relações entre pesquisadores e gestores, são importantes, para explicar a utilização de conhecimento e a assimilação de inovações, as redes formais e informais em que ambos estão inseridos. Mais especificamente, a participação de profissionais e usuários dos serviços de saúde nessas redes tem papel destacado na transferência de conhecimento e na adoção de inovações. (BRONER et al., 2001; CONKLIN; STOLEE, 2008; JACOBSON; BUTTERILL; GOERING, 2003)

Nessas redes, são intercambiados conhecimentos tácitos (dos gestores) e explícitos (científicos) e a integração entre ambos é essencial para a realização de mudanças nas organizações. (SANDARS; HELLER, 2006)

A relevância da interação entre gestores e pesquisadores da saúde para a transferência de conhecimento é atestada por vários estudos empíricos. (BÁSCOLO; YAVICH; SÁUCHES DE LÉON, 2006; DOBBINS et al., 2007; GORDON-STRACHAN et al., 2006; VIANA et al., 2006)

Uma abordagem diferente é apresentada por Astley e Zammuto (1992). Utilizam o conceito de jogos de linguagem para chamar a atenção para a existência de formas especializadas de discursos em comunidades particulares. Assim, os cientistas e os gestores têm formas diferentes de discursos que decorrem de suas diferentes formas de vida. O discurso científico contribui com a prática dos gestores, sugerindo, mais do que instrumentos particulares de gestão, modos novos de perceber os problemas organizacionais.

Mauws e Phillips (1995) propõem um modelo explicativo também baseado na ideia de jogos de linguagem. Contrariamente a Astley e Zammuto, entretanto, pensam que a ciência das organizações e a gestão, mais do que dois grandes jogos unificados, são redes flexíveis de variados jogos de linguagem. Os resultados de pesquisa são utilizados em diferentes jogos (os jogos da publicação, da sala de aula, da consultoria), dentre os quais alguns contam com a participação dos gestores.

As perspectivas comunicacionais trazem implícita a teoria das duas comunidades, que aponta diferenças culturais entre os produtores e os utilizadores do conhecimento e da inovação. (CAPLAN, 1979) Em consequência, recomendam a criação de pontes, ou seja, o desenvolvimento de estratégias de aproximação precoce e contínua entre as comunidades de cientistas e de gestores. (BACKER, 1991; BOGGS, 1992)

Grande parte dos estudos, ainda dentro das abordagens organizacionais, critica a ênfase em aspectos gerenciais ou comunicacionais e propõe modelos que articulam as duas perspectivas.

Huberman (1989), por exemplo, argumenta que os resultados das pesquisas empíricas sobre a utilização da informação são melhor compreendidos por uma combinação da perspectiva comunicacional, que valoriza as formas de comunicação entre os diferentes

sujeitos, e da perspectiva gerencial, que considera a tomada de decisão como um processo racional. Para compreender as correlações, observadas empiricamente, entre a intensidade de disseminação da informação e sua utilização, deve-se lembrar de que essa intensidade depende de uma interação contínua, em que múltiplas trocas se realizam entre pesquisadores e utilizadores.

Os objetivos e as características profissionais e pessoais de cientistas e gestores, as características organizacionais, a natureza da pesquisa e da inovação, a forma de comunicação entre pesquisadores e gestores, os fatores ambientais, as características da própria intervenção que visa a promover a disseminação são aspectos que devem ser articulados para se compreender os fenômenos da utilização do conhecimento e da difusão de inovações. (MENDEL et al., 2008; OH; RICH, 1996; OSTERLING; AUSTIN, 2008; WEBBER, 1991)

As articulações entre esses aspectos – que conformam os vários modelos teóricos – passam pela sua organização em categorias específicas, como: as características da evidência; a governança e a infraestrutura organizacionais; a força de trabalho; os recursos existentes; as forças motivadoras; a capacidade de aprender; a capacidade de adaptação ao ambiente externo. (COLLINS; PHIELDS; DUNCAN, 2007; KITSON et al., 2008)

Outra forma de articulação são os "ciclos da tradução do conhecimento", compostos de cinco elementos: a criação do conhecimento, a transferência do conhecimento, a utilização da pesquisa, a transferência de questão e o contexto organizacional (MAJDZADEH; SADIGHI; NEDJAT, 2008; NEDJAT; MAJDZADEH; GHOLAMI, 2008) e a "cadeia do valor do conhecimento", que se inicia com o mapeamento do conhecimento interno, a aquisição de conhecimento externo e sua combinação, passa pela elaboração de diretrizes e guias de prática e se conclui com a avaliação dos resultados. (LANDRY et al., 2006)

Pensando nas intervenções para a promoção da utilização do conhecimento e da inovação, muitos estudiosos do tema sugerem como

elementos estratégicos: a identificação de obstáculos, a busca de apoio e a caracterização dos potenciais interessados, da inovação pretendida e dos resultados das pesquisas. (GRIMSHAW et al., 2006; SANTESSO; TUGWELL, 2006; TUGWELL; ROBINSON; GRIMSHAW, 2006; UEFFING; TUGWELL; ROBERTS, 2009; WELCH; UEFFING; TUGWELL, 2009)

Certamente, o mais célebre dos modelos integrados é o da difusão das inovações de Rogers (1983). Para esse autor, a informação é mais bem difundida se os disseminadores miram não os indivíduos, mas o sistema social onde se situam. Recomenda que sejam usadas, como canais de comunicação principais, as redes informais de pares, além dos meios de comunicação de massa. Ademais, entende que a mesma inovação pode ter certas características que favorecem a difusão e outras que a dificultam. Ressalta, por fim, que o *timing* é essencial: uma intervenção no momento oportuno aumenta as chances de adoção da inovação. Diversos autores adotam o modelo de Rogers, concebido para estudar inovações relacionadas à agricultura, para aplicá-lo à área da saúde. (DOBBINS et al., 2002, 2009, 2009a; SANSON-FISHER, 2004; SQUIRES; MORALEJO; LEFORT, 2007)

Com base em uma extensa revisão, Greenhalgh e colaboradores (2000) propõem um interessante modelo de explicação da difusão de inovações. Consideram, exaustivamente, os diferentes aspectos e as várias interações existentes em um fenômeno complexo como o da utilização do conhecimento. Relacionam entre esses aspectos a inovação propriamente dita, o "sistema usuário" do conhecimento e suas relações com os provedores de conhecimento, além do contexto externo.

Dentre os atributos da inovação, relevantes para sua adoção, Greenhalgh e colaboradores (2000) destacam: sua vantagem relativa perante outras opções, a compatibilidade com as normas e os valores da organização, a complexidade, a possibilidade de teste prévio, a visibilidade dos benefícios de sua adoção e a possibilidade de adaptação ou mesmo reinvenção.

Os principais atributos do sistema usuário incluem: a estrutura da organização e sua receptividade a mudanças, as relações de poder entre apoiadores e opositores da inovação, as habilidades e motivações dos gestores e o processo de decisão.

As relações entre tomadores de decisão e pesquisadores podem contribuir para a difusão da inovação se há: compartilhamento de significados e de missão, envolvimento do usuário na especificação da inovação, apoio técnico, articulação de redes sociais e indivíduos que atuem como agentes de mudança.

E o ambiente externo pode favorecer a difusão de inovações se há incentivos ou cobranças para inovar e se a organização está inserida em redes interorganizacionais.

Enfim, as abordagens organizacionais, sobretudo, os chamados modelos integrados identificam, de modo exaustivo, e articulam, de distintas formas, vários elementos determinantes ou condicionantes da utilização do conhecimento e da difusão de inovações. Elementos esses que podem ser agrupados em três grandes categorias: as características da organização e do processo de decisão; as características dos gestores, dos pesquisadores e de suas relações; e as características da informação ou do conhecimento a ser utilizado. Assim, as abordagens organizacionais representam um importante esforço de construção de modelos teóricos que explicam e auxiliam a verificação empírica da utilização.

Psicológicas

Relativamente ao fenômeno da difusão de conhecimentos e inovações, as abordagens psicológicas elaboram modelos teóricos para estudar, especificamente, como os indivíduos e os membros de organizações tratam cognitivamente a informação.

A teoria da aprendizagem social (BANDURA, 1977), por exemplo, explica o comportamento humano em termos da interação contínua entre seus determinantes cognitivos, comportamentais e ambientais.

A aprendizagem se produz, fundamentalmente, a partir da observação do comportamento dos outros, o que permite aos indivíduos adquirir modelos de comportamento sem ter necessidade de criá-los. Esses modelos, contudo, não são cópias dos comportamentos observados, mas são produzidos pela reflexão própria dos observadores.

Outras teorias se centram nos estilos cognitivos ou modelos mentais, definidos como as maneiras de tratar a informação e a experiência de cada indivíduo. Os diferentes estilos se distribuem sobre um *continuum* entre dois polos – o estilo analítico ou dedutivo e o estilo sintético ou indutivo (ALLISON; HAYNES, 1996) –, mobilizam distintos símbolos e representações (GIOIA, 1986) e favorecem distintas abordagens ao tratamento de novas informações. (WALSH, 1995)

Outros estudos têm dado ênfase à perspectiva dos usuários do conhecimento, ainda que considerem a importância da articulação entre pesquisadores e utilizadores. Wandersman e colaboradores (2008), por exemplo, concebem "sistemas interativos para divulgação e implementação". Centrando-se nos usuários, esse sistema permite que todos (gestores, pesquisadores e financiadores da pesquisa) entendam melhor as necessidades uns dos outros, possibilitando a identificação de áreas prioritárias para novas pesquisas e favorecendo sua transformação em ação.

Também enfatizando a perspectiva dos usuários, alguns trabalhos descrevem um processo de "mapeamento conceitual" (ARRINGTON et al., 2008) ou de estágios do uso de pesquisas. (FRENCH, 2005) E identificam estratégias favorecedoras da tradução do conhecimento relativas às formas de tratamento cognitivo da informação: (1) educação e treinamento; (2) empoderamento; (3) incentivos e responsabilização; (4) pesquisa baseada em práticas; (5) compartilhamento de conhecimento; (6) envolvimento de pessoas influentes; e (7) manutenção a longo prazo da dinâmica da tradução da pesquisa.

Em suma, menos numerosas que as organizacionais, as abordagens psicológicas são interessantes por permitirem o aprofundamento da compreensão dos papéis das características cognitivas

de indivíduos e de organizações no processo de utilização de conhecimento. Mostram que os seres humanos não são processadores de informação mecânicos e que as organizações são mais do que entidades objetivas, sendo também construções subjetivas. Demonstram também a importância da observação do comportamento dos outros para a interiorização de novos conhecimentos.

Socioepistemológicas

O que caracteriza as distintas abordagens socioepistemológicas sobre a difusão de conhecimentos e inovações é a ênfase sobre os fatores ligados ao contexto social das organizações e da produção científica. Isto à parte, elas são bastante diferentes entre si.

Um bom exemplo dessas abordagens é a reflexão de Barreto (2004) sobre a relação entre o processo de produção do conhecimento científico e os processos de tomada de decisões na área da saúde. O autor considera que a ideia de políticas baseadas em evidência (que, assim, seriam mais efetivas) foi apropriada pelos Estados contemporâneos devido, em parte, ao seu crescente papel de regulador de parâmetros da vida social. Destaca que transformar conhecimento em subsídio para a tomada de decisão é um processo complexo, permeado pelos valores e pelas preferências de pesquisadores e tomadores de decisão. Barreto (2004) critica a perspectiva meramente pragmática da utilização do conhecimento, que negligencia a existência de diferenças conceituais entre as distintas abordagens científicas e divergências políticas entre os diversos setores sociais acerca de qualquer problemática de interesse coletivo.

Por sua vez, Champagne (1999) salienta que as práticas de gestão não podem ser isoladas do seu contexto, nem os problemas gerenciais são bem definidos. Acrescenta que os gestores, frequentemente, não sabem de que informação precisam e têm fortes constrangimentos de tempo que reduzem sua capacidade de esperar pelos resultados das pesquisas. Além disso, o conhecimento em gestão não produz evidências de modo

a implicar necessariamente a sua utilização, nem é facilmente transformável em tecnologia. Por isso, considera que os modelos interativo, político, tático e conceitual são os mais apropriados para descrever as formas de utilização das evidências científicas pelos gestores da saúde.

Kerr (1984) extrapola a área estrita da gestão e discute as "estruturas sociais de utilização de conhecimentos", identificando as três mais importantes: a burocracia, o profissionalismo e o sistema de pesquisa. Ela procura explicar a distância entre, de um lado, um discurso que valoriza a liberdade e, de outro, uma práxis que privilegia atitudes não liberais nas sociedades contemporâneas. O problema reside no fato de essas estruturas sociais estarem construídas com base em concepções do conhecimento e em teorias da ação coletiva que são contraditórias com o valor da liberdade. As burocracias adotam uma concepção de que o conhecimento é sempre certo e são poucas as pessoas que se qualificam, por suas próprias habilidades, como sábias. E mais: que são essas pessoas que devem assumir o papel de líderes e decidir o que deve ser feito. O profissionalismo, por sua vez, combina conhecimento e autoridade e, por conseguinte, questionar as decisões do líder, mesmo se ele não utiliza o melhor conhecimento, é necessariamente perigoso. O sistema de pesquisa, por último, adota uma concepção empirista do conhecimento, que seria produzido pela observação imediata, e uma teoria política que valoriza o individualismo, rejeitando concepções e teorias diferentes. Assim, para elevar a qualidade da utilização do conhecimento, são necessárias reformas nessas instituições: a democratização da burocracia, a renovação do compromisso social dos profissionais e adoção do pluralismo epistemológico nos sistemas de pesquisa.

Centrando-se sobre a prática dos pesquisadores, Santos (1989) discute os aspectos sociológicos e epistemológicos da utilização do conhecimento científico pelo público em geral. Se a ciência, para se constituir, deve romper com o senso comum e todo conhecimento anterior, para cumprir uma função social de democratização da sabedoria prática, a ciência deve ir ao encontro do senso comum.

Para tanto, deve-se superar a aplicação técnica da ciência, caracterizada por: (1) separação entre quem produz o conhecimento e quem o aplica; (2) negação da argumentação, dado que o conhecimento é evidente em si; (3) adoção generalizada da definição da realidade elaborada pelos grupos socialmente dominantes como a única válida; (4) recusa de outros tipos de saber; e, finalmente, (5) recusa de se submeter à avaliação por outros que não aqueles que promovem a aplicação.

Um exemplo de superação da aplicação técnica pode ser visto na iniciativa da Conferência de Consenso de Boston sobre Biomonitoramento Humano. (NELSON et al., 2009) Realizada em 2006, essa conferência consistiu em um painel de 15 pessoas leigas que debateu questões científicas e formulou recomendações práticas para o desenvolvimento de programas de biomonitoramento de produtos químicos.

Uma abordagem socioepistemológica bastante original é a chamada Teoria do Ator-Rede. (LATOUR, 1989; LEE; HASSARD, 1999) Nessa teoria, um fato científico se estabelece por meio de um processo de negociação entre todos os atores envolvidos com uma questão específica. A fabricação de fatos depende de longas cadeias de atores: suas qualidades são a consequência dessa ação coletiva. A força de um argumento científico repousa sobre os recursos – pessoas, organizações, disciplinas, objetos – que os seus defensores são capazes de mobilizar. Conjuntamente, esses recursos constituem o ator-rede. Assim, a produção e a aplicação de conhecimentos não são processos distintos, mas um único e inseparável.

A abordagem "ciência política/política científica" (BERRIDGE; STANTON, 1999) retoma a noção de ator-rede para identificar a existência e analisar as redes de influência ou comunidades políticas, formadas por funcionários públicos, cientistas, jornalistas e outros em torno de determinadas questões. Fala-se, assim, de coprodução do conhecimento, ou seja, de um processo de negociação da significação e da aceitabilidade da ciência, que se faz não somente entre os

cientistas, mas também nos interstícios entre os domínios próprios da ciência e da política.

Essa relação entre ciência e política é destacada no estudo de Thomas von Lengerke e colaboradores (2004) que, ouvindo 719 gestores de seis países europeus, concluem que a utilização de resultados de pesquisas não é importante para implementação de programas de promoção da saúde, se já há uma forte vontade política. Ao contrário, quando a vontade política não é um fator de decisão importante, os resultados de pesquisas são mais utilizados.

Jacobson (2007) também destaca a importância da discussão epistemológica para a compreensão do processo de transferência do conhecimento. Mais especificamente, chama a atenção para o fato de que a pesquisa sobre transferência de conhecimento tem enfatizado as teorias que focam o processo de transferência, mas tem negligenciado as discussões teóricas que tomam como objeto o conhecimento. Propõe, então, a adoção da perspectiva da epistemologia social, entendida como uma teoria que trata do papel dos fatores sociais no conhecimento individual, da organização do trabalho cognitivo de indivíduos e grupos e da natureza do conhecimento coletivo. A adoção da epistemologia social levaria os estudiosos da transferência de conhecimento a definir melhor o *que* está sendo transferido ou o *que* deve ser transferido (e não apenas *como* é ou deveria ser transferido).

Enfim, os escritos socioepistemológicos mostram a importância das condições teóricas e institucionais para a produção e a utilização do conhecimento e para a inovação. As formas em que se organiza a sociedade para produzir, disseminar e incorporar conhecimentos e inovações são elas mesmas fatores determinantes da inovação e da utilização e produção de conhecimento. Esses escritos chamam a atenção para a complexidade e o caráter dinâmico de todos esses fatores. De fato, evidenciam que não há uma explicação simples, baseada em um raciocínio do tipo causa e efeito, para a adoção de inovações e para a utilização do conhecimento científico pelos gestores.

COMENTÁRIOS FINAIS: PISTAS DE INVESTIGAÇÕES

A análise das definições e distinções conceituais, a identificação dos fatores influentes e a sistematização das abordagens teóricas evidenciam não só a complexidade do fenômeno da difusão de conhecimentos e inovações em sistemas e serviços de atenção à saúde, mas também a existência de vários debates – e não apenas um – sobre a temática.

O primeiro debate trata dos conceitos de inovação e de conhecimento científico. A inovação, geralmente, é tomada em seu sentido schumpeteriano, mas, outras vezes, é definida pelo senso comum ou ainda de modo crítico em uma abordagem de corte marxista. Quanto ao conhecimento científico, existem desde concepções objetivistas até concepções construtivistas, passando por concepções relativistas.

Em segundo lugar, há um debate sobre a questão da utilização. Muitos autores se dedicam ao refinamento da definição de utilização: individual e coletiva; cognitiva e organizacional; instrumental, conceitual e simbólica ou estratégica. Outros preferem substituir utilização por conceitos que destacam a relação entre produtores e utilizadores de conhecimento: transferência, tradução, intercâmbio. Outros ainda optam por centrar-se no contexto da produção e da utilização do conhecimento e adotam as expressões difusão, disseminação, aplicação ou incorporação.

Em terceiro lugar, há o grande debate sobre os determinantes e os condicionantes da difusão de conhecimentos e inovações. Os estudos organizacionais relacionam um extenso repertório de fatores, que incluem: as características das organizações, os perfis pessoais e profissionais de gestores e pesquisadores e das redes em que se inserem e as características da informação, do conhecimento ou da inovação. Os estudos psicológicos chamam a atenção para a importância das estruturas cognitivas, mostrando como as características individuais e organizacionais interagem com as novas informações ou os novos conhecimentos e para o papel da

observação e da modelização do comportamento. Por fim, os estudos socioepistemológicos destacam os papéis dos contextos sociais e institucionais em diversas dimensões, demonstrando que a produção e a utilização do conhecimento não podem escapar dos efeitos da atuação do Estado e de suas políticas públicas, das práticas dominantes de gestão e das características burocráticas, profissionais e acadêmicas das instituições sociais.

Apesar de toda a riqueza das discussões, está claro que a compreensão do processo de difusão de conhecimentos e inovações ainda requer mais estudos, sobretudo de pesquisas baseadas em modelos teóricos consistentes, que explicitem os mecanismos complexos, através dos quais o conhecimento científico e a inovação são assimilados pelos gestores da saúde.

Nesse sentido, Greenhalgh e colaboradores (2000) fazem recomendações interessantes. As pesquisas devem evitar a pretensão de isolar fatores ou variáveis de estudo, como se a utilização de conhecimento fosse um evento estanque e não um processo dinâmico. Ao contrário, devem ser realizados estudos que reconheçam as interações recíprocas entre a utilização do conhecimento e o seu contexto. Pesquisas desse tipo requerem, usualmente, abordagens multimétodos e interdisciplinares e estratégias participativas que envolvam produtores e usuários do conhecimento.

Também são pertinentes as estratégias sugeridas pela *Alliance for Health Policy and Systems Research* (WHO, 2007) para desenvolver a capacidade dos sistemas da saúde de usarem as evidências científicas e inovarem: fortalecer o financiamento da pesquisa sobre sistemas de saúde, articular as questões de investigação com as prioridades das políticas, aumentar os investimentos em sínteses de pesquisas e tradução e transferência de conhecimentos e estabelecer mecanismos organizacionais para apoiar o uso de evidências científicas.

Todavia, essas recomendações, ainda que pertinentes, são insuficientes. A rigor, padecem do que Barreto (2004) identificou como negligência no reconhecimento das divergências não apenas

teóricas, mas, sobretudo, políticas que permeiam e constituem as sociedades contemporâneas. Nesse sentido, para além das mencionadas sugestões específicas e seguindo as linhas sistematizadas por Kerr (1984) e por Santos (1989), é necessário atuar politicamente para modificar as estruturas sociais.

Uma das tarefas políticas é buscar formas de democratização das organizações, aumentando a participação de trabalhadores e usuários dos serviços de saúde na definição dos seus rumos. Vale lembrar que, no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem instâncias formais que asseguram a participação social. O desafio atual é qualificar essa participação.

Outra tarefa é fortalecer a racionalidade técnica das organizações *vis-à-vis* outras racionalidades presentes (política e administrativa, principalmente). Como a racionalidade técnica é intrinsecamente dependente do conhecimento científico, seu fortalecimento exige maior utilização de conhecimento, expressa nos planos e programas da organização. No caso do SUS, há um sistema formalizado de elaboração e implementação de planos e programações. Novamente, há ainda que qualificá-los.

No que se refere às instituições científicas, a tarefa principal é assegurar a pluralidade epistemológica, teórica e metodológica dos diversos programas de pesquisa. Ainda que haja paradigmas dominantes, não se deve deixar de apoiar – com financiamento público, inclusive – programas de investigação que se assentam em paradigmas outros. Vale mencionar que a Política Nacional (brasileira) de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde tem a pluralidade, entendida como abertura a todas as abordagens filosóficas e metodológicas, como um de seus princípios. (BRASIL, 2008) Como tarefa secundária, é preciso buscar formas de valorizar, junto ao mérito científico, a relevância social da pesquisa, no sentido de estimular os pesquisadores a investir em projetos de investigação que respondam a problemas concretos da sociedade.

É necessário ainda enriquecer o senso comum com o conhecimento científico, traduzindo-o para o cidadão de modo a ajudá-lo a tomar decisões esclarecidas no que concerne à sua vida particular e coletiva. Para isso, é necessária a ampla difusão, por todos os meios de comunicação de massa, não apenas do conhecimento consolidado (as evidências), mas também das polêmicas, dos limites e dos modos de construção da ciência.

Finalmente, a tarefa fundamental, que propicia a base social para todas as demais, é a radicalização da democracia, que poderá criar as condições para a adequação do processo de produção e utilização de conhecimentos científicos, sua transformação em tecnologia e sua incorporação como inovação às necessidades de toda a população e não apenas aos interesses particulares e imediatos de grupos privilegiados da sociedade.

REFERÊNCIAS

ALLISON, C. W.; HAYNES, J. The Cognitive Style Index. *Journal of Management Studies*, v. 33, n. 1, p. 119-135, 1996.

ANDREASSI, T. *Gestão da Inovação Tecnológica*. São Paulo: Thompson Learning, 2007.

ARRINGTON, B. et al. Building a local agenda for dissemination of research into practice. *Journal of Public Health Management and Practice*, v. 14, n. 2, p.185-192, 2008.

ASTLEY, W. G.; ZAMMUTO, R. F. Organization Science, Managers, and Languages Games. *Organization Science*, v. 3, n. 4, p. 443-460, 1992.

BACKER, T. E. Knowledge utilization: The third wave. Knowledge: Creation, Diffusion, Utilization. *Science Communication*, v. 12, n. 3, p. 225-240, 1991.

BANDURA, A. *Social Learning Theory*. Prentice Hall, 1977.

BARRETO, M. L. O conhecimento científico e tecnológico como evidência para políticas e atividades regulatórias em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 2, p. 329-338, 2004.

BÁSCOLO, E.; YAVICH, N.; SÁNCHEZ DE LEÓN, A. El proceso de interacción investigadores y tomadores de decisiones: un estudio de caso. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, p. 47-56, 2006. Suplemento.

BELKHODJA, O. The extent and organizational determinants of research utilization in Canadian health services organizations. *Science Communication*, v. 28, n. 3, p. 377-417, 2007.

BERRIDGE, V.; STANTON, J. Science and policy: historical insights. *Social Science & Medicine*, v. 49, p. 1133-1138, 1999.

BEYER, J. M. H.; TRICE, H. M. The utilization process: A conceptual framework and synthesis of empirical findings. *Administrative Science Quarterly*, v. 27, n. 4, p. 591-622, 1982.

BOGGS, J. P. ImplicitModel sof Social Knowledge Use. *Science Communication*, v. 14. n. 1, p. 29-62, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde / Ministério da Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. 2. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRONER, N et al. Knowledge transfer, policymaking and community empowerment: a consensus model approach for providing public mental health and substance abuse services. *Psychiatr Q*, v. 72, n. 1, p. 79-102, 2001.

BUENO, W. Comunicação científica e divulgação científica: aproximações e rupturas conceituais. *Informação & Informação*. Londrina, v. 15, Edição especial, p. 1-21, 2010.

CAPLAN, N. The two-communities theory and knowledge utilization. American Behavioral *Scientist*, v. 22, n. 3, p. 459-470, 1979.

CHAMPAGNE, F. The Use of Scientific Evidence and Knowledge by Managers. In: CONFERENCE ON THE SCIENTIFIC BASIS OF HEALTH CARE TORONTO, 3., 1999, Toronto. *Anais*... Toronto: [5n], 1999.

CIHR. *About knowledge translation & commercialization*. Disponível em: <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/29418.html>. Acesso em: fev. 2012.

COLLINS, C.; PHIELDS, M. E.; DUNCAN, T. An Agency Capacity Model to Facilitate Implementation of Evidence-based Behavioral Interventions by Community-based Organizations. *Journal of Public Health Management and Practice*, 2007.

CONKLIN, J.; STOLEE, P. The dissemination and utilization of research for promoting evidence-based practice. *The Canadian Journal of Nursing Research*, v. 40, n. 2, p. 116-24, 2008.

DIAS, R.; DAGNINO, R. A política científica e tecnológica brasileira: três enfoques teóricos, três projetos políticos. *Revista de Economia*, v. 33, n. 2, ano. 31, p. 91-113, jul./dez. 2007.

______. Resenha de The Oxford Handbook of Innovation, de J. Fagerberg; D.C. Mowery; R.R. Nelson. *REC R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 89-92, jul./dez. 2008.

DOBBINS, M. et al. A framework for the dissemination and utilization of research for health-care policy and practice. *The Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing*, v. 9, n. 7, 2002.

DOBBINS, M.; HANNA, S. E.; CILISKA, D. A randomized controlled trial evaluating the impact of knowledge translation and exchange strategies. *Implementation Science*, v. 4, n. 61, 2009.

DOBBINS, M.; ROBESON, P.; CILISKA, D. A description of a knowledge broker role implemented as part of a randomized controlled trial evaluating three knowledge translation strategies. *Implementation Science*, v. 4, n. 23, 2009a.

DOBBINS, M. et al. Information transfer: what do decision makers want and need from researchers? *Implementation Science*, v. 2, n. 20, 2007.

DOSI, G. Technological Paradigms and Technological Trajetories. A Suggested Interpretation of the Determinants and Directions of Technical Change. *Research Plocy*, v. 11, n. 3, p. 147-162, 1982.

DOSI, G.; FREEMAN, C.; FABIANI, S. The process of economic development: introducing some stylized facts and theories on technologies, firms and institutions. *Industrial and Corporate Change,* v. 3, p. 1-46, 1994.

DUNN, W.; HOLZNER, B.; ZALTMAN, G. Knowledge Utilization. In: Walberg, H. J.; Haertel, G. D. (Ed.). *The International Encyclopedia of Educational Interventions*. Oxford: Pergaman Press, 1990, p. 725-733.

ESTABROOKS, C. A.; THOMPSON, D. S.; LOVELY, J. J. E. A guide to knowledge translation theory. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, v. 26, n. 1, 2006.

FAGERBERG, J. A. *Technology gap approach to why growth rates differ.* v. 16, Issues 2-4, p. 87-99, Aug. 1987. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/0048-7333(87)90025-4>.

FRENCH, B. Contextual Factors Influencing Research Use in Nursing. *Worldviews on Evidence-Based Nursing,* v. 2, n. 4, p. 172-183, 2005a.

______. The process of research use in nursing. *Journal of Advanced Nursing,* v. 49, n. 2, p. 125–134, 2005b.

GIOIA, D. A. Symbols, Scripts and Sensemaking. Creating Meaning in the Organizational Experience. In: _______. (Ed.). *The Thinking Organization*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1986. p. 49-74.

GORDON-STRACHAN, G. et al. researchers and policy-makers: some challenges and approaches. *Cadernos de Saúde Pública,* v. 22, p. 69-76, 2006. Suplemento.

GREENHALGH, T. et al. *O Diffusion of Innovations in Service Organizations*: Systematic Review and Recommendations. The Milbank Memorial Fund, 2000.

GRIMSHAW, J. M.; SANTESSO, N.; CUMPSTON, M. Knowledge for knowledgetranslation: The role of the Cochrane Collaboration.

Journal of Continuing Education in the Health Professions, v. 26, n. 1, p. 55-62, 2006.

HANNEY, S. R. et al. The utilisation of health research in policy-making: concepts, examples and methods of assessment. *Health Research Policy and Systems*, v. 1, n. 2, 2003.

HOVMAND, P. S.; GILLESPIE, D. F. Implementation of Evidence-Based Practice and Organizational Performance. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, v. 37, n. 1, 2010.

HUBERMAN, M. Predicting Conceptual Effects in Research Utilization: Looking with Both Eyes. Knowledge in Society. *The International Journal of Knowledge Transfer*, v. 2, n. 3-6, 1989.

JACOBSON, N. Social Epistemology: Theory for the "Fourth Wave" of Knowledge Transfer and Exchange Research. *Science Communication,* v. 29, n. 116, 2007.

JACOBSON, N.; BUTTERILL, D.; GOERING, P. Lost in knowledge transfer: time for a map? *Journal of Health Service Research & Policy*, v. 8, n. 2, p. 9-94, 2003.

KEOWN, K.; VAN EERD, D.; IRVIN, E. Stakeholder engagement opportunities in systematic reviews: Knowledge transfer for policy and practice. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, v. 28, n. 2, p. 67-72, 2008.

KERR, D. H. *Barriers to Integrity. Modern Modes of Knowledge Utilization*. Boulder. Colorado: Westview Press, 1984.

KITSON, A. L. et al. Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARiHS framework: theoretical and practical challenges. *Implementation Science*, v. 3, n. 1, 2008.

KRAMER, D. M.; COLE, D.C. Sustained, Intensive Engagement to Promote Health and Safety Knowledge Transfer and Utilization. by Workplaces. *Science Communication*, v. 25, n. 56, 2003.

LANDRY, R. et al. The Knowledge-Value chain: a conceptual framework for knowledge translation in health. *Bulletin of the world Health Organization*, v. 8, n. 8, p. 597-602, ago. 2006.

LANDRY, R.; NABIL, A.; MOKTAR, L. Utilization of social science research knowledge in Canada. *Research Policy*, v. 30, n. 2, p. 333-349, 2001.

LATOUR, B. La *science en action*. Paris: Éditions La Découverte, 1989.

LEE, N.; HASSARD, J. Organization Unbound: Actor-Network Theory. *Research Strategy and Institutional Flexibility. Organization*, v. 6, n. 3, p. 391-404, 1999.

LEE, R. G. Moving from informationtransfer to information exchange in health and health care. *Social Science & Medicine*, v. 56, n. 3, p. 449-464, 2003.

LOMAS, J. Connecting research and policy. *ISUMA*, v. 1, n. 1, p. 140-144, 2000.

MAJDZADEH, R.; SADIGHI, J.; NEJAT, S . Knowledge Translation for Research Utilization: Design of a Knowledge Translation Model at Tehran University of Medical Sciences. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, v. 28, n. 4, p. 270-277, 2008.

MAUWS, M.; PHILLIPS, N. Understanding Language Games. *Organization Science,* v. 6, n. 3, p. 322-334, 1995.

MCWILLIAM, C. L.; STEWART, M.; BROWN, J. B. Promoting evidence-based health policy, programming, and practice for seniors: Lessons from a national knowledgetransfer project. *Canadian Journal on Aging-Revue Canadienne Du Vieillissement*, v. 22, n. 4, p. 415-430, 2009.

MENDEL, P. et al. Assessing environmental readiness: first steps in developing an evidence-based practice implementation culture. *Administration and Policy in Mental Health*, v. 35 , n. 1-2, p. 21-37, 2008.

MITTON, C. et al. Injury data in British Columbia: Policy makes perspectives on knowledge transfer. *Chronic Deseases in Canada*, v. 29, n. 2, p. 70-79, 2009.

______. Knowledge transfer and exchange: Review and synthesis of the literature. *Milbank Quarterly*, v. 85, n. 4, p. 729-768, 2007.

NEDJAT, S.; MAJDZADEH, R.; GHOLAMI, J. Knowledge transfer in Tehran University of Medical Sciences: an academic example of a developing country. *Implementation Science*, v. 3, n. 39, 2008.

NELSON, J. W. et al. A new spin on research translation: the Boston Consensus Conference on Human Biomonitoring. *Environmental Health Perspect*, v. 117, n. 4, p. 495-499, 2009.

OH, C. H.; RICH, R. F. Explaining Use of Information in Public Policymaking. *knowledge and policy journal*, v. 9, n. 1, p. 3-35, 1996.

OSTERLING, K. L.; AUSTIN, M. J. The dissemination and utilization of research for promoting evidence-based practice. *Journal of Evidence-Based Social Work*, v. 5, p. 295-319, 2008.

RICH, R. Measuring Knowledge Utilization: Processes and Outcomes. Knowledge and Policy: *The International Journal of Knowledge Transfer and Utilization*, v. 10, n. 3, p. 11-24, 1997.

ROGERS, E. *Diffusion of Innovations*. 3. ed. New York: Free Press, 1983.

RUNDALL, T. G. et al. , The informed decisions toolbox: tools for knowledge transfer and performance improvement. *Journal of Health Management*, v. 52, n. 5, p. 41-325, 2007.

SANSON-FISHER, R. W. Diffusion of innovation theory for clinical change. *The Medical Journal Australia*, v. 6, n. 55, 2004.

SANTESSO, N.; TUGWELL, P. Knowledge translation in developing countries. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, v. 26, n. 1, p. 87-96, 2006.

SANTOS, B. de S. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

SBICCA, A.; PELAEZ, V. Sistemas de Inovação. In: PELAEZ, V.; SZMRECSÁNYI, T. (Org.). *Economia da Inovação Tecnológica*. São Paulo: Hucitec, 2006.

SOUZA, L. E. P. F.; CARDOSO, M. O. Utilização do conhecimento científico na gestão da saúde In:______. *Conhecimento e inovação em saúde:* experiências do Brasil e do Canadá. Campinas, SP: Saberes, 2012, p. 101-149.

SQUIRES, J. E.; MORALEJO, D.; LEFORT, S. M. *Exploring the role of organizational policies and procedures in promoting research utilization in registered nurses Implementation Science*. 2007, p. 2-17.

TUGWELL, P.; ROBINSON, V.; GRIMSHAW, J. Systematic reviews and knowledge translation. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 84, n. 8, p. 643-651, 2006.

UEFFING, E.; TUGWELL, P.; ROBERTS, J. H. Equity-oriented toolkit for health technology assessment and knowledgetranslation: application to scaling up of training and education for health workers. *Human Resources for Health,* v. 7, n. 67, 2009.

VAN DE VEN, A. H. et al. *The Innovation Journey*. Oxford: Oxford University Press, 1999.

VIANA, A. L. et al. Pesquisa para a tomada de decisão: um estudo de caso no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Suplemento, 57-67, 2006.

VON LENGERKE, T. et al. Research utilization and the impact of health promotion policy. *Soz Praventivmed*, v. 49, n. 3, p. 97-185, 2004.

WALSH, J. P. Managerial and Organizational Cognition: Notes form a Trip Down Memory Lane. *Organization Science*, v. 6, n. 3, p. 280-321, 1995.

WANDERSMAN, A. et al. Bridging the gap between prevention research and practice: the interactive systems framework for dissemination and implementation. *American Jornal Community Psychology*, v. 41, n. 3-4, 2008.

WATERS, E.; ARMSTRONG, R.; SWINBURN, B. An exploratory cluster randomised controlled trial of knowledgetranslation strategies to support evidence-informed decision-making in local governments (The KT4LG study). *BMC Public Health*, v. 11, n. 3, 2011.

WEBBER, D. J. The distribution and use of policy knowledge in the policy process. Knowledge and Policy: *The International Journal of Knowledge Transfer and Utilization*, v. 4, n. 4, 1991.

WELCH, V.; UEFFING, E.; TUGWELL, P. Knowledge Translation: An Opportunity to Reduce Global Health Inequalities. *Journal of International Development*, v. 21, n. 8, p. 1066-1082, 2009.

WILKINSON, A.; PAPAIOANNOU, D.; KEEN, C. The role of the information specialist in supporting knowledgetransfer: a public health information case study. *Health Information and Libraries Journal*, v. 26, n. 2, p. 118-125, 2009.

WILSON, M. G.; LAVIS, J. N.; TRAVERS, R. Community-based knowledge transfer and exchange: Helping community-based organizations link research to action. *Implementation Science*, v. 5, n. 33, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Sound choices:* enhancing capacity for evidence-informed health policy. Edited by Andrew Green and Sara Bennett. [S.l.: s.n.], 2007.

O *COMPLEXUS* DO CONHECIMENTO, INOVAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Francisco José Aragão Pedroza Cunha

Este livro caracteriza conhecimento e inovação como fenômenos de ordem, desordem e organização nesta era de redes telemáticas. Essas redes são entendidas como a sinergia entre as redes de computadores, as redes de telecomunicações e as redes humanas. (CUNHA, 2005) A ordem, desordem e organização, no contexto de sistemas em geral, são dependentes de legislação, de regulamentação, de políticas, de gestão, da vontade dos sujeitos em interagir e de rupturas comportamentais e tecnológicas. (CUNHA, 2012)

A melhoria da gestão dos serviços de atenção à saúde é um desafio para os profissionais, pesquisadores, financiadores, usuários, instituições e autoridades do Sistema Único de Saúde (SUS). A aprendizagem dos indivíduos é um fator, condição ou base para as perspectivas de inovação nesses serviços. Posto isso, parte-se das seguintes premissas: a) o SUS fomenta modelos e técnicas de gerenciamento avançado, tais como produtos e serviços informacionais, organizações aprendentes, tecnologias de informação e comunicação (TICs) e redes de inovação e aprendizagem com vistas à melhoria da gestão dos serviços de atenção à saúde; b) os gestores dos serviços de atenção à saúde estão sensibilizados em adotar técnicas desta natureza para a difusão de suas práticas e gerar inovações gerenciais (IG) em serviços de atenção à saúde propiciando melhorias no SUS no contexto de um sistema local de inovação (SLI).

Conhecimento e inovação promovem a ordem e a desordem organizacional de um dado sistema ou de uma dada organização (e.g. SUS, SLI, serviços de saúde, hospitais, modelos de atenção à saúde,

sujeitos inseridos nesses sistemas ou nessas organizações). A ordem e a organização se imbricam para suprir a demanda de uma desordem imbricada na ordem e na organização de um sistema. Esta relação trinitária – ordem/organização/desordem – é permeada por interações e (re)encontros dos elementos instituídos e constituídos do sistema que (re)significam ou modificam a ordem ou a ação organizacional. Reforçando esta concepção, destaca-se que, para Morin (2005, p. 76), "a ordem e a organização, nascidas da cooperação da desordem, são capazes de ganhar terreno em relação à desordem".

Esse posicionamento implica propiciar ações para uma dada organização se manter no tempo e no ambiente. Modificar ou (re) significar o rumo de uma ação organizacional pode ser subsidiado por meio da adoção e da incorporação de atributos como tecnologias para geração e processamento de informação e de comunicação. Atributos esses que vão corroborar com o fenômeno cognitivo da aprendizagem individual. Com base em um estudo anterior, deduz-se que, a partir da difusão das tecnologias, desde que se estabeleça a cultura do diálogo (i.e. comunicação) entre o coletivo organizacional, é propiciada a IG. (CUNHA, 2012) Para tanto, é preciso uma ruptura de comportamento entre os sujeitos, fundamentada no princípio da recursividade ou da aprendizagem de circuito duplo (ARGYRES, 2010), com vistas à aprendizagem organizacional (AO). Esta ruptura é compreendida como uma IG que, por sua vez, é dependente de interações e (re)encontros dos e entre os sujeitos, a fim de estabelecer uma relação auto-eco-organizativa trinitária da gestão dos serviços de saúde e, extensivamente, do SUS.

Percebe-se a ordem por meio de políticas, regulamentações, legislação e gestão para os processos (i.e. AO e IG assimiladas) voltados à organização dos sistemas (i.e. SUS, hospitais, modelos de atenção à saúde). Reportando estas concepções de ordem e organização para o SUS, pode-se dizer que ele é, ao mesmo tempo, sistema e organização, e é permeado por elementos ou partes, tais como os serviços de saúde, a exemplo dos hospitais, que se configuram como organizações.

Os argumentos para esta publicação consideram as redes de inovação como condição necessária para uma gestão colaborativa, democrática e de cunho social, em razão delas serem compreendidas como mecanismos de difusão de conhecimento. A configuração deste tipo de rede é um campo que requer dos sujeitos um novo *habitus* para alcançar os objetivos organizacionais de cada integrante/sujeito a partir do compromisso social e da subjetividade desses integrantes/sujeitos no espaço político e social.

O termo *habitus* é utilizado com a conotação ressignificada a partir dos trabalhos de Bourdieu (1997). Embora este sociólogo utilize este termo associando-o ao conjunto de disposições que moldam a prática dos sujeitos, nesta justificativa é assumido que este conjunto de disposições é constantemente impactado pelas relações sociais, ocasionando transformações, renovando o próprio conjunto e, assim, as novas disposições incorporadas serão denominadas um novo *habitus*. Logo, inicialmente questiona-se: em plena segunda década do século XXI, qual é a compreensão dos sujeitos que fazem os serviços de atenção à saúde sobre a importância do conhecimento individual, das redes profissionais e dos sistemas de inovação para as ações de aprendizagem e inovação nesses serviços?

Nesse sentido, este livro visa ampliar a reflexão sobre a organização de mecanismos de difusão de conhecimento nos serviços de atenção à saúde e as relações entre a participação desses serviços em redes e a promoção da AO e IG dependentes da representação das informações geradas e recebidas nesses serviços. A ampliação deste conhecimento justifica-se a partir dos estudos realizados sobre o tema, a exemplo do trabalho intitulado "Da adesão à participação em uma rede de hospitais como promoção da AO e da IG: um olhar sobre a Rede InovarH-BA". (CUNHA, 2012)

A Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar – Bahia (InovarH-BA)[1] é uma iniciativa de cooperação técnica da Organização

1 www.inovarh.ufba.br

Pan-americana de Saúde (OPAS) e Ministério da Saúde (MS), voltada para a qualidade da atenção prestada na rede hospitalar do SUS. A Rede foi legitimada pela Portaria Nº 1.773 do MS, de 28 de julho de 2006. No estudo citado foram recomendadas algumas ações estruturantes para os hospitais investigados em consequência das conclusões encontradas. Tais conclusões evidenciam: as possibilidades e os limites para a atuação da Rede InovarH-BA; as características da Rede InovarH-BA semelhantes às de um SLI; a fragilidade dos hospitais no que se refere à interação e à expansão da rede; e, a inobservância da prática de gestão dos ativos intangíveis nos hospitais pesquisados. Assim, questiona-se: Como os serviços de atenção à saúde utilizam mecanismos e estruturas de transferência de informações gerenciais?

Em busca de uma reflexão sobre possibilidades de respostas às duas questões norteadoras, justifica-se o diálogo proposto sobre Conhecimento, Inovação e Comunicação em Serviços de Saúde entre os pesquisadores das áreas sobre representação, difusão e recuperação de dados e informações (memórias), socialização de conhecimentos tácitos, combinação de conhecimentos explícitos e os profissionais/gestores atuantes nos serviços de saúde. Essas áreas compreendem os seguintes campos do conhecimento: a) Representação do Conhecimento, Arquivologia, Biblioteconomia e Ciência da Informação; b) Aprendizagem Organizacional, Administração, Educação e Ciências Cognitivas; c) Inovação, Economia; d) Comunicação e Redes Sociais, Sociologia, Matemática, Computação, Comunicação e Ciência de Redes; e) Serviços de Atenção à Saúde, Saúde Coletiva.

Apesar da importância de redes tais como a Rede InovarH-BA para a geração e difusão do conhecimento, são poucos os eventos que apresentam diálogos, discussões e resultados de pesquisas sobre representação do conhecimento, AO, IG e redes sociais em organizações prestadoras de serviços intensivos em conhecimento voltados à atenção à saúde congregando áreas da ciência que tratam sobre Conhecimento, Inovação e Comunicação em Serviços de Saúde.

Cunha (2012) tem como tese que, para a Rede InovarH-BA e, por extensão, o SUS, consolidar os seus princípios, é pertinente, em sua gestão, que os sujeitos adotem – e, consequentemente, as organizações assimilem – um novo *habitus*: a interação. Esse novo *habitus* não pode estar dissociado da expansão das conexões entre as organizações de maneira horizontalizada. Este fenômeno de expansão caracteriza a capilaridade, constituindo, assim, uma morfologia em rede: princípio estruturante ou organizativo do SUS.

Conhecimento e inovação são dependentes de dados e informações que precisam ser difundidos, por meio da adoção e assimilação de tecnologias avançadas de gestão de informações (i.e. administrativas e assistenciais) e da AO entre os sujeitos e as organizações/instituições de atenção à saúde. A AO é compreendida como:

> [...] um fenômeno organizacional no âmbito da coletividade, [...] um processo contínuo de mudança de comportamentos na organização, o que se dá a partir da articulação constante entre os valores e as capacidades dos indivíduos e as suas experiências naquele contexto. [...] a organização se redefine constantemente por meio da aprendizagem. (VASCONCELOS; MASCARENHAS, 2007, p. 1)

Nesse contexto, Senge (2010) evidencia a assunção de tecnologias componentes (e.g. modelos mentais, pensamento sistêmico, trabalho em equipe, domínio pessoal e visão compartilhada) entre as organizações que articulam e promovem a AO. Esse autor denomina essas organizações por meio do termo *organizações aprendentes* e as caracterizam como aquelas que "[...] só aprendem por meio de indivíduos que aprendem. A aprendizagem individual não garante a aprendizagem organizacional. Entretanto, sem ela, a aprendizagem organizacional não ocorre". (SENGE, 2010, p. 177)

A difusão de dados e informações requer das organizações um comportamento reticular, isto é, de interações. Neste livro, as organizações e as interações são compreendidas, respectivamente, como:

> [...] o encadeamento de *relações* entre *componentes* ou *indivíduos* que produz uma unidade complexa ou sistema, dotadas de qualidades desconhecidas quanto aos componentes ou indivíduos. A organização liga de maneira inter-relacional os *elementos* ou *acontecimentos* ou *indivíduos diversos* que desde então se tornam *componentes de um todo*. Ela assegura solidariedade e solidez relativa a estas ligações, assegurando então ao sistema uma certa possibilidade de duração apesar das perturbações aleatórias. A organização, portanto: transforma, produz, religa, mantém (MORIN, 2005, p. 133, grifos nossos)

> [...] ações recíprocas que modificam o comportamento ou a natureza de *elementos*, corpos, objetos, *fenômenos* em presença ou em influência. As interações 1. supõem elementos, *seres* ou objetos materiais que podem se encontrar; 2. supõem *condições de encontro*, quer dizer, agitação, turbulência, fluxo contrário, etc.; 3. obedecem a *determinações/imposições* ligadas à natureza dos *elementos*, objetos ou *seres* que se encontram; 4. tornam-se, em certas condições, inter-relações (associações, ligações, combinações, *comunicações*, etc.), ou seja, dão origem a *fenômenos de organização.* (MORIN, 2005, p. 72, grifos nossos)

A adoção e a assimilação de inovações possibilitam a geração e a difusão de conhecimentos, permitindo a esses sujeitos (re)significarem as suas ações organizacionais via redes de aprendizagem com a finalidade de gerar IG, compreendidas neste projeto como inovações tecnológicas. As IG equivalem à inovação organizacional nos hospitais, que é entendida como "a adoção e a incorporação de estruturas organizacionais significativamente alteradas; de *técnicas de gerenciamento avançado*; e de orientações estratégicas novas ou substancialmente alteradas". (OCDE; FINEP, 2005, p. 61-62, grifos nossos)

A existência de redes de aprendizagem

> [...] pressupõe um arranjo entre organizações fundamentadas em estruturas capilares, fomentando fluxos de bens e informações e propiciando processos e fatores para promover a competência dos seus integrantes. (CUNHA, 2012, p. 116)

Para tanto, a adoção e a assimilação de Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) são recomendáveis para dinamizar os fluxos de informações. As TICs viabilizam:

> [...] *administrar a informação e o conhecimento* de forma menos dependente de mão-de-obra intensiva. A estrutura hierárquica, que funciona como um complexo mecanismo humano que organiza o fluxo de dados e de conhecimento relevante perde sua importância. Isso significa *distanciar-se da estrutura burocrática* para viabilizar a complexidade organizacional por meio de *estruturas informatizadas de administração de informação e de conhecimento cada vez mais complexas*. (VASCONCELOS; MASCARENHAS, 2007, p. 32-33, grifos nossos)

Redes de aprendizagem são redes sociais. O conceito de redes sociais baseia-se no conjunto de:

> [...] pessoas que se relacionam no contexto de uma comunidade ou de uma organização. Os modelos de redes são construídos para mostrar como essas relações influenciam atitudes, crenças e comportamentos. (VALENTE, 2010, p. 4, tradução nossa)[2]

Logo, as redes subsidiam interações entre as organizações do SUS. Ressalta-se que o SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) de nº 8.080/90. Um dos princípios norteadores do SUS é operacionalizá-lo por meio das redes dos serviços. Assim, este capítulo toma como referencial os serviços de atenção à saúde a exemplo de uma Rede de Hospitais, a Rede InovarH-BA.

Conforme Cunha (2012), a InovarH-BA tem características de um sistema local de inovação (SLI). Um sistema de inovação:

---

2 "Social networks are most often composed of who knows whom or who talks to whom within a community or an organization. Network models are constructed to show how these relations influence attitudes, beliefs, and behaviors".

> [...] pode ser nacional, regional ou local. É uma rede de instituições dos setores público (universidade, centros de P&D, agências de fomento e financiamento, empresas públicas e estatais, dentre outros) e privado (empresas, associações empresariais, ONGs etc.), cujas atividades e interações geram, adotam, importam, modificam e difundem tecnologias, sendo ***a inovação e o aprendizado*** seus aspectos cruciais. (SIMANTOB; LIPPI, 2003, p. 142, grifos nossos)

Essa Rede é compreendida como uma tecnologia avançada de gestão organizacional capaz de expressar, em seu arranjo de relações, as ideias políticas e econômicas inovadoras, nascidas do desejo de resolver demandas sociais e laborais para o desenvolvimento sustentável de um dado território sanitário.[3] Ela representa um grau de complexidade política de uma determinada comunidade com a missão de difusão de IG, as quais são dependentes dos processos de AO. A difusão pode ser entendida como um processo pelo qual uma inovação é comunicada por meio de canais, no tempo, e entre membros de um sistema social. (ROGERS, 2003)

As redes de inovação:

> [...] são mais do que meras formas de combinação e exploração de conhecimentos dentro de um mundo complexo. Elas podem também conter o que chamamos de 'propriedades emergentes' [...]. Estar em rede de inovação eficaz pode resultar em uma série de vantagens que [...] inclui o ***acesso a conjuntos de saberes distintos e complementares***, reduzindo riscos ao compartilhá-los, ***acessando*** novos mercados e ***tecnologias para, dessa forma, agregar competências e ativos complementares***. (BESSANT; TIDD, 2009, p. 107-108, grifos nossos)

A temática proposta do livro visa sensibilizar os sujeitos inseridos nas questões dos serviços de saúde para uma reflexão sobre o

3 São territórios organizados a partir dos fluxos sanitários da população em busca de atenção. (MENDES, 2011)

conceito de redes sociais de aprendizagem e inovação associando-o ao de representação do conhecimento, entendido como o:

> [...] conjunto de *processos* de simbolização notacional ou conceitual *do saber humano no âmbito de qualquer disciplina* [...] se incluem a classificação, a indexação e o conjunto de aspectos informáticos e linguísticos relacionados com a *tradução simbólica do conhecimento.* (BARM apud CUNHA; CAVALCANTI, 2008, p. 322, grifos nossos)

Os aportes conceituais e políticos que tratam sobre os sistemas de saúde evidenciam que esses sistemas funcionem configurados por meio de redes. Logo, o foco deste evento consiste em redes e sistemas voltados para o setor saúde. Esse setor é formado por serviços que, com o aumento da competitividade, proporcionam ganhos de produtividade e melhoria de qualidade na atenção à saúde da população desde que os sujeitos inseridos nesses sistemas e redes tenham habilidades na conversão dos seus conhecimentos. (NONAKA; TOYAMA; KONNO, 2000)

Nesse sentido, a configuração de redes interorganizacionais – tais como a Rede InovarH-BA –, com os benefícios que elas trazem, pode desempenhar um importante papel na gestão de serviços de saúde. Ao mesmo tempo em que essa configuração multiorganizacional fortalece a competitividade, ela contribui para estabelecer redes locais e facilita as interconexões do serviço de saúde com os agentes promotores e gestores da atenção sanitária e do complexo industrial da saúde. (CUNHA, 2012) Assim sendo, a organização de eventos que fomentem redes interorganizacionais e propiciem o contato e o diálogo entre pesquisadores e profissionais dos serviços em saúde pode potencializar a melhoria da prestação destes serviços.

Nesse contexto, o desenvolvimento de diálogos permanentes sobre os estudos teóricos e aplicados acerca da produção, disseminação, transferência, mediação e apreensão da informação nos contextos dos serviços de atenção à saúde são recorrentes para gerar IG

nesses serviços; consequentemente, também, para compatibilizar a estrutura da rede dos serviços de atenção à saúde do SUS.

Destarte, inovações são fenômenos dependentes de dados e informações que precisam ser difundidos para gerar conhecimento nos sujeitos, possibilitando (re)significar as suas ações organizacionais. Tais dependências requerem a adoção e a assimilação pelos sujeitos e pelas organizações de um comportamento reticular, isto é, de interações. A ordem, desordem e organização, no contexto de sistemas em geral, são dependentes de legislação, de regulamentação, de políticas, de gestão, da vontade dos sujeitos em interagir e de rupturas comportamentais e tecnológicas.

A proposta deste livro é compreendida como um dos esforços para minimizar os obstáculos entre os sujeitos e as organizações/instituições na adoção e na assimilação de tecnologias de gerenciamento avançado de produção, de circulação e de acesso a informações gerenciais nos serviços de atenção à saúde.

Para efetivar a *network* do SUS, ainda se considera que, antes mesmo de investir em toda uma infraestrutura telemática, é essencial a habilitação dos gestores e profissionais de saúde para o trabalho em rede. É preciso estimular a prática da interação, conformando um novo *habitus*. A AO entre as organizações representa um fator, condição e base para favorecer a IG nos hospitais e esse fator é dinamizado pela adoção deste novo *habitus* entre os sujeitos que constituem o SUS.

Os resultados do estudo de Cunha (2012) sobre a Rede InovarH-BA apontam para que os hospitais e demais instâncias do SUS desenvolvam uma atenção para:

a. assimilar o *habitus* da interação, o que implica a sensibilização e qualificação destas organizações para a assunção deste *habitus*, a fim de alcançar a integralidade das redes de atenção à saúde;

b. adotar as tecnologias de informação e comunicação nas práticas laborais, caracterizando-as como produtos e serviços informacionais

para promover a participação e a colaboração de maneira horizontal, o que potencializa a comunicação nas redes, desde que, nelas, as informações sejam disseminadas com vistas a intercambiar as ideias dos sujeitos e estes as interpretem por meio da aplicação dos conhecimentos gerados, consubstanciando, assim, o princípio da recursividade e do processo de AO;

c. desenvolver a comunicação organizacional a fim de primar à prática do diálogo entre sujeitos, gestores, organizações e instituições, com vistas ao intercâmbio de ideias e o entendimento comum dos sujeitos organizacionais estabelece as relações internas e externas necessárias às ações organizacionais;

d. incorporar as políticas públicas voltadas à informação, educação, comunicação e inovação nas suas ações organizacionais, visando, efetivamente, formar estruturas horizontalizadas nos seus *modus operandi*. Essas estruturas se configuram por meio de redes entre sujeitos na coprodução de conhecimentos, mediadas pelas tecnologias de informação, educação e comunicação;

e. revelar relações inter e intraorganizacionais por meio das métricas da Análise de Redes Sociais. Essas métricas mostram-se como um mecanismo adequado para o acompanhamento e a avaliação das conexões entre hospitais e demais serviços de atenção à saúde do SUS.

Tais sugestões implicam em esforços para a difusão sobre o campo do conhecimento que trata sobre a economia da inovação, sistemas de inovação, organizações de aprendizagem e gestão do conhecimento entre os sujeitos que pensam e operacionalizam os sistemas e as redes dos serviços de atenção à saúde. Assim, é recorrente desenvolver sinergias coletivas, por meio das interações dos grupos organizacionais e populacionais que configuram sistemas, possibilitando o fluxo de informações necessário para alcançar os princípios norteadores desses sistemas. Entende-se que sistemas,

em particular o SUS, refletem ações de políticas públicas de Estado, por isso podem ser vistos como estruturas organizacionais cujos modelos de gestão priorizam uma morfologia reticular, o que implica a mudança de comportamento destes frente a estruturas e modelos de gestão hierarquizados.

Os modelos de gestão fordista, taylorista e fayolano obliteram mecanismos de transferências de dados e informações, contrapondo os modelos fundamentados em estruturas rizomáticas que potencializam o acesso à informação e à geração, difusão e aplicação de conhecimentos. Essa assertiva caracteriza uma mudança na maneira de os sujeitos organizarem os processos de produção organizacional por meio de novos padrões de relacionamento para gerar inovações gerenciais: as redes sociais colaborativas.

Conhecimento e inovação são fenômenos organizativos nesta era de redes telemáticas, os quais dependem dos processos de criação, organização, gestão e difusão. Tal dependência requer dos sujeitos inseridos nas organizações de serviços de atenção a saúde um *habitus* para a difusão de conhecimentos gerados e recebidos.

REFERÊNCIAS

ARGYRIS, C. *On organizational learning.* USA, UK, Australia: Blackwell Publishing, second edition, 1999, 13 reviews, 2010.

BERNARDES, R.; ANDREASSI, T. (Org.). *Inovação em serviços intensivos em conhecimento.* São Paulo: Saraiva, 2007.

BERTALANFFY, L. *Teoria geral dos sistemas.* 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

BESSANT, J.; TIDD, J. *Inovação e emprendedorismo.* Porto Alegre: Bookman, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Publicada no *Diário Oficial da União*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http:// www.saúde.gov.br>. Acesso em: 16 fev. 2005.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. *Lei n º 10.973,* 2004. Dispõe sobre incentivos à inovação e à pesquisa científica e tecnológica no ambiente produtivo e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato 2004-2006/2004/Lei/L10.973.htm>. Acesso em: 5 fev. 2009.

BOURDIEU, P. *Razões práticas: sobre a teoria da ação.* Campinas, SP: Papirus, 1997.

CUNHA, M. B. da.; CAVALCANTI, C. R. de O. *Dicionário de biblioteconomia e arquivologia*. Brasília, DF: Briquet de Lemos, 2008.

CUNHA, F. J. A. P. *A gestão da informação nos hospitais:* a importância do prontuário eletrônico na integração de sistemas de informação em saúde. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) - Instituto de Ciência da Informação, Universidade Federal da Bahia, 2005.

CUNHA, F. J. A. P. *Da adesão à participação em uma rede de hospitais como promoção da aprendizagem organizacional e da inovação gerencial:* um olhar sobre a Rede InovarH-BA. 2012. Tese (Doutorado em Difusão do Conhecimento) - Faculdade de Educação, Univesidade Federal da Bahia, 2012.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde: uma mudança na organização e na gestão dos sistemas de atenção à saúde. In: VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. *Gestão em saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

MORIN, E. *O método 1:* a natureza da natureza. Porto Alegre: Sulina, 2005.

MORIN, E. *Introdução ao pensamento complexo*. 3. ed. Porto Alegre: Sulina, 2007.

NONAKA, I.; TOYAMA, R.; KONNO, N. SECI, BA and leadership: a unified model of dynamic knowledge creation. *Long Rang Planning*, v. 33, n. 1, p. 5-34, Feb. 2000.

OCDE; FINEP. *Manual de Oslo*: diretrizes para a coleta e interpretação de dados sobre inovação. 3. ed. Traduzido sob a responsabilidade da FINEP. [s.l]: FINEP, 2005.

ROGERS, E. M. *Diffusion of innovations.* 5. ed. New York: Free Press, 2003.

SIMANTOB, M.; LIPPI, R. *Guia valor econômico de inovação nas empresas*. São Paulo: Globo, 2003.

SENGE, P. *A quinta disciplina:* arte e prática da organização que aprende. São Paulo: Best Seller, 2010.

VALENTE, T. W. *Social networks and health*. Models, methods, and applications. New York: Oxford University Press, 2010.

VASCONCELOS, I. F. G. de.; MASCARENHAS, A. O. *Organizações em aprendizagem*. São Paulo: Thomson Learning, 2007.

SOBRE OS AUTORES

Ana Celeste Indolfo

Mestre em Ciência da Informação pela Universidade Federal Fluminense (UFF) e doutora em Ciência da Informação pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Atualmente, exerce os cargos de: especialista de nível superior no Arquivo Nacional e de professora adjunta da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), e do curso de Especialização Lato sensu Políticas de Informação e Organização do Conhecimento da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) em convênio com o Arquivo Nacional.

Ana Maria Malik

Mestre em Administração de Empresas pela Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Faculdade de Getulio Vargas (EAESP-FGV) e doutora em Medicina Preventiva. Atualmente, exerce os cargos de: professora adjunta e pesquisadora da FGV-EAESP; coordenadora do GVsaúde; diretora adjunta do Programa de Estudos Avançados de Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde (PROAHSA); presidente do Conselho da Associação Latina de Análise dos Sistemas de Saúde (ALASS).

Ana Valéria Machado Mendonça

Doutora em Ciência da Informação pela Universidade de Brasília (UnB). Atualmente, exerce os cargos de: coordenadora do Centro de Tecnologias Educacionais Interativas em Saúde da Faculdade de Ciências da Saúde (CENTEIAS/FS); pesquisadora do Núcleo de Estudos em Saúde Pública da UnB (NESP/CEAM/UnB); líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Informação em Comunicação em Saúde Coletiva (CNPq-Brasil).

Cristiane Pinheiro Lázaro

Nutricionista pela Universidade Federal Fluminense (UFF), especialista em Gestão Empresarial pela Faculdade Getulio Vargas (FGV), mestre e doutoranda em Medicina e Saúde Humana pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP).

Francisco José Aragão Pedroza Cunha

Mestre em Ciência da Informação pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) e doutor em Difusão do Conhecimento pelo Programa de Pós-graduação Multi-institucional e Multidisciplinar sediado na Faculdade de Educação da UFBA. Atualmente, exerce os cargos de: professor adjunto do Departamento de Documentação e Informação da UFBA; professor colaborador do Programa de Pós-graduação em Ciência da Informação (PPGCI) da UFBA; professor convidado do NCPA/NPGA da Escola de Administração da UFBA no Curso de Gestão de Serviços de Saúde; colaborador da Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar (Rede InovarH-BA).

Ilara Hämmerli Sozzi de Moraes

Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz. Atualmente, exerce os cargos de: coordenadora do Observatório de Informação, Tecnologia de Informação e Telessaúde (ObservIN) ENSP/FIOCRUZ; membro efetivo do Corpo Científico do Instituto Nacional de Convergência Digital/INCT/CNPq; integrante da Rede Interagencial de Informação para a Saúde – Organização Pan-americana de Saúde (RIPSA-OPAS e Ministério da Saúde).

Hernane Borges de Barros Pereira

Doutor em Engenharia Multimídia pela *Universitat Politècnica de Catalunya*. Atualmente, exerce os cargos de: professor titular do Departamento de Educação da Universidade do Estado da Bahia (Uneb); professor associado do Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial – Centro Integrado de Manufatura e Tecnologia (SENAI/ClMATEC); docente do Programa de Pós-graduação em Modelagem Computacional e Tecnologia Industrial e do Doutorado Multi-institucional e Multidisciplinar em Difusão do Conhecimento.

Laís Silveira Costa

Mestre em *Development Studies* pela *London School of Economics and Political Science* (LSE) e doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Atualmente, exerce os cargos de: gestora de Inovação em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz; coordenadora adjunta do Grupo de Pesquisa em Inovação em Saúde da Fiocruz; coordenadora científica do Informe CEIS, o Boletim Informativo sobre o Complexo Econômico-Industrial da Saúde.

Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza

Mestre em Saúde Comunitária e doutor em Saúde Pública pela *Université de Montreal* (2002). Atualmente, exerce os cargos de: professor adjunto da Universidade Federal da Bahia (UFBA); coordenador do Programa de Economia, Tecnologia e Inovação em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA; presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

Marluce Maria Araújo Assis

Metre e doutora em Enfermagem de Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Atualmente, exerce os cargos de: professora titular do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS); líder do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC); pesquisadora do Grupo Interinstitucional de Pesquisa Operacional em Tuberculose; pró-reitora de Pesquisa e Pós-Graduação; membro do Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão CONSEPE e do Conselho Universitário (CONSU).

Sonia Maria Fleury Teixeira

Mestre em Sociologia e doutora em Ciência Política pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ). Fundadora do Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde (NUPES) na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Atualmente, exerce o cargo de: professora titular da Escola Brasileira de Administração Pública e de empresas (EBAPE) da Fundação Getúlio Vargas, e coordena o programa de Estudos sobre a Esfera Pública (PEEP).